



Rui Serpa

## **Incapacidade auto-reportada e Retorno à Actividade Profissional em utentes com Dor Crónica Lombar.**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia  
em condições Músculo Esqueléticas  
Relatório de Projecto de Investigação

Abril 2011

Relatório do Projecto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em  
Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do  
Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz

## **DECLARAÇÕES**

Declaro que este Relatório de Projecto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal, 29 de Abril de 2011

Declaro que este Relatório de Projecto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O orientador,

---

Setúbal, 29 de Abril de 2011

*Ao meu pai...*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professou Doutor Eduardo Brazete Cruz pela orientação deste estudo, pelas longas horas de trabalho, pela dedicação e pelo incentivo constante.

À minha família, pela compreensão, apoio permanente e motivação.

Aos colegas, pela motivação, partilha e contributo deste estudo.

Aos utentes que participaram neste estudo, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

## RESUMO

### Incapacidade auto-reportada e Retorno à Actividade Profissional em utentes com Dor Crónica Lombar

**Autor:** Rui Serpa

O absentismo à actividade profissional devido à condição de Dor Lombar apresenta-se como um problema de saúde pública com elevados custos económicos nas sociedades ocidentais. É estimado que cerca de 20% a 47% dos utentes com Dor Lombar não retornam à sua actividade profissional no período de 3 meses, sendo responsáveis por 75% a 90% de todos os custos e baixas médicas associadas à condição.

**Objectivo:** O objectivo deste estudo foi analisar a capacidade de retorno à actividade profissional em utentes com Dor Crónica Lombar (DCL), que procuraram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, e averiguar a sua relação com os níveis de Incapacidade auto-reportados. Secundariamente pretendemos avaliar a influência das Crenças de medo-evitamento, nos níveis de Incapacidade auto-reportados.

**Metodologia:** Foi efectuado um estudo correlacional prospectivo no qual se observou uma amostra de 56 utentes com DCL que tivessem apresentado novos episódios de agudização dos seus sintomas. Após 3 meses de *follow-up* ( $n=42$ ) foi avaliado o “regresso ao trabalho em boas condições” e a sua relação com os níveis de Incapacidade iniciais, bem como o contributo das Crenças de medo-evitamento para essa Incapacidade funcional.

**Resultados:** Foi verificada uma correlação negativa entre os níveis de Incapacidade funcional e o *Sucesso* no “regresso ao trabalho em boas condições” ( $\rho = -0.369$ ;  $p = 0.016$ ), sendo que os *scores* mais elevados da Incapacidade correspondem à *Falha* nesse regresso. Verificámos também uma correlação positiva entre a existência das Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e a Incapacidade ( $r = 0.511$ ;  $p = 0.001$ ), apresentando estas Crenças um valor preditivo ( $\beta = 0.533$ ;  $p = 0.001$ ) na Incapacidade auto-reportada.

**Conclusões:** A capacidade de retorno à actividade profissional nos utentes com DCL, após um novo episódio de agudização dos seus sintomas, está relacionada com níveis de Incapacidade funcional. Os factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho apresentam um valor preditivo para essa Incapacidade auto-reportada.

**Palavras-Chave:** Retorno à actividade profissional, Incapacidade auto-reportada, Crenças de medo-evitamento, Dor Crónica Lombar

## ABSTRACT

### Self-reported Disability and Return to Work in patients with Chronic Low Back Pain

Author: Rui Serpa

Work-absenteeism due to the condition of Low Back Pain (LBP) presents itself as a public health problem with high economic costs in Western societies. It is estimated that 20% to 47% of patients with LBP not returned to their work-activity in period of 3 months, accounting for 75% to 90% of all medical costs and sickness compensation associated.

**Objective:** The aim of the present study was to assess the ability to return to work on patients with chronic LBP, who searched for physical therapy in a situation of worsening of their symptoms, and examine their relationship with levels of self-reported disability. Secondly we intend to evaluate the influence of fear-avoidance beliefs to the levels of self-reported disability.

**Methods:** We conducted a prospective cross-sectional study in which we observed 56 patients chronic LBP with new episodes of exacerbation of their symptoms. After a 3 months follow-up ( $n = 42$ ) we evaluated the “return to work in good health” and its relationship with initial levels of disability and the contribution of fear-avoidance beliefs for that disability.

**Results:** There was a negative correlation between levels of disability and “return to work in good health” *success* ( $\rho = -0.369$ ,  $p = 0.016$ ), with the highest scores correspond to the *failure* in the work-return. We also found a positive correlation between the existence of fear-avoidance beliefs for work and disability ( $r = 0.511$ ;  $p = 0.001$ ), with a predictive value of these fear-avoidance beliefs ( $\beta = 0.533$ ;  $p = 0.001$ ) in self-reported disability.

**Conclusions:** The ability to return to work in chronic LBP patients, after a new episode of exacerbation of symptoms is related to the levels of functional disability. Psychosocial factors, including fear-avoidance beliefs for work showed a predictive value for the self-reported disability.

**Keywords:** Return to work, Self-reported disability, Fear-Avoidance beliefs, Chronic Low Back Pain

# ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	1
<b>1. Revisão da Literatura</b> .....	5
1.1. A Dor Crónica Lombar .....	5
1.2 O Impacto da Dor Crónica Lombar no Absentismo à Actividade Profissional .....	7
1.3 A Incapacidade e o Retorno à Actividade Profissional .....	10
1.4 A Incapacidade da Dor Crónica Lombar e a sua associação com as Crenças de Medo-Evitamento .....	16
<b>2. Metodologia</b> .....	28
2.1. Identificação dos Objectivos do Estudo .....	28
2.2 Hipóteses de Investigação: .....	29
2.3 Variáveis .....	30
2.4 Tipo de Estudo .....	30
2.5. Amostra .....	31
2.5.1. Método de Amostragem .....	31
2.5.2. Recrutamento da amostra, Locais e Períodos de Recolha dos Dados .....	31
2.5.3. Aspectos Éticos .....	32
2.6 Instrumentos de Avaliação .....	32
2.6.1. Regresso ao Trabalho em Boas Condições .....	32
2.6.2. Incapacidade .....	34
2.6.3. Crenças de medo-evitamento .....	36
2.7. Recolha de Dados .....	38
2.8. Análise dos dados .....	39
<b>3. Apresentação de Resultados</b> .....	41
3.1 Caracterização da Amostra .....	41
3.1.1 Caracterização dos aspectos sócio-demográficos da amostra .....	41
3.1.2 Caracterização da Condição de Dor Crónica Lombar no momento da 1ª Avaliação .....	43
3.1.3 Caracterização das variáveis <i>Incapacidade</i> e <i>Crenças de Medo-Evitamento</i> .....	46
3.2 Caracterização da Condição de DCL no <i>Follow-Up</i> e Regresso à Actividade Profissional .....	47



3.3 Teste de Hipóteses .....	49
Hipótese 1 .....	49
Hipótese 2 .....	53
Hipótese 3 .....	55
<b>4. Discussão .....</b>	<b>57</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>67</b>
<b>Lista de Tabelas .....</b>	<b>76</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Informado .....</b>	<b>i</b>
<b>Apêndice B – Questionário Inicial.....</b>	<b>ii</b>
<b>Apêndice C – Questionário de <i>Follow-Up</i>.....</b>	<b>iii</b>
<b>Apêndice D – Validação dos Pressupostos da Análise de Regressão Linear (H2) .....</b>	<b>iv</b>
<b>Anexo 1 - Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec .....</b>	<b>vii</b>
<b>Anexo 2 - Questionário de Crenças de Medo/Evitamento da Dor .....</b>	<b>viii</b>

## INTRODUÇÃO

O absentismo à actividade profissional devido à condição de Dor Lombar apresenta-se como um problema de saúde pública com elevados custos económicos nas sociedades ocidentais (Kool, Oesch & de Bie, 2002). Como ponto de partida, é sabido que quanto mais tempo um trabalhador está ausente devido à sua condição, menores são suas probabilidades de regresso à actividade profissional (Reme, Hagen & Eriksen, 2009).

A literatura analisada sugere que a existência de maiores níveis de Incapacidade está relacionada com índices menos favoráveis de retorno à actividade profissional em utentes com Dor Lombar (Waddell & Burton, 2001). No que se refere à Dor Crónica Lombar (DCL) foi igualmente demonstrado que quanto mais elevados forem os níveis de Incapacidade na fase inicial da condição<sup>1</sup>, maior será o seu impacto no absentismo à actividade profissional (Fransen *et al.*, 2002; van Tulder, Koes & Bombardier, 2002).

Actualmente, a evidência científica permite-nos afirmar que a DCL está associada à existência de Incapacidade funcional, resultantes não só da dor, mas também da presença de alterações cognitivo-comportamentais e ambientais (factores psicossociais) (Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002; Crombez, Vlaeyen, Heuts & Lysens, 1999). Estas alterações são traduzidas em cada indivíduo, como crenças e atitudes, havendo autores que sugerem que contribuem mais para a Incapacidade funcional do que a própria dor (Waddell, 2004).

Neste contexto, os factores psicossociais são definidos como aqueles que podem afectar de alguma forma a resposta psicológica e comportamental dos utentes relativamente à execução da sua actividade profissional, podendo ser interpretados como obstáculos à recuperação e ao retorno a essa actividade. A identificação precoce e a modificação dos factores psicossociais tem demonstrado efectividade quando efectuada na

---

<sup>1</sup> Os níveis mais elevados de Incapacidade na fase inicial da condição referem-se à avaliação efectuada da Incapacidade existente na fase aguda/novo episódio da condição de Dor Lombar. Estas avaliações envolvem o impacto que a condição apresenta nas actividades da vida diária dos utentes, as alterações que ocorrem no seu quotidiano devido à condição ou a dificuldade na execução de algumas actividades específicas no seu dia-a-dia (van Tulder *et al.*, 2002).

fase inicial da reabilitação ou na transição da fase aguda para a fase crónica da condição de Dor Lombar (Jellema *et al.*, 2005).

A evidência científica actual sugere que o desenvolvimento de cronicidade e a incapacidade associada, dependem mais dos factores psicossociais individuais e relacionados com o trabalho do que com os factores físicos ou clínicos (Du Bois & Donceel, 2008; Boersma & Linton, 2005). Numa revisão da literatura sobre os factores psicossociais, Vlaeyen e Linton (2000) concluíram que as Crenças de medo-evitamento<sup>2</sup> são um dos factores com maior poder preditivo para um baixo nível de desempenho funcional e para a elevada Incapacidade auto-reportada (Vlaeyen & Linton, 2000).

Segundo a literatura, a existência de crenças, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento da dor são muitas vezes identificadas nos utentes com DCL e podem desempenhar um papel significativo na sua capacidade para exercerem a sua actividade profissional (Du Bois & Donceel, 2008). Estas crenças poderão ser definidas como convicções individuais relacionadas com o medo da dor e que resultam num evitamento induzido do movimento ou das actividades que são antecipadas como dolorosas (Jensen, Arbertsen, Borg & Nabe-Nielsen, 2009). De acordo com esta definição, a resposta à dor pode ser vista como um contínuo com dois extremos: a confrontação da dor e o seu evitamento. Um indivíduo que assuma um comportamento de confrontação irá debater-se para retomar o seu nível de actividade normal apesar da dor. Opostamente, um indivíduo que adopte um comportamento de evitamento irá tentar evitar aquelas actividades que são expectáveis, no seu entender, de provocar ou aumentar a sua dor (Jensen *et al.*, 2009).

Tendo por base os pressupostos referidos, este estudo teve como objectivo principal analisar prospectivamente a relação entre o nível de Incapacidade auto-reportado por utentes com DCL que procuram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, e a percentagem de retorno à actividade profissional. Secundariamente pretendemos estudar a influência dos factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento nos níveis de Incapacidade auto-reportados.

---

<sup>2</sup> As Crenças de medo-evitamento são definidas com uma alteração cognitivo-comportamental do utente, que resulta no evitamento da realização de determinado movimento ou actividade devido ao medo de despertar/exacerbar a dor ou a sua exacerbação. Esta antecipação da dor pode encorajar o desuso da área anatómica afectada e conduzir a uma maior incapacidade funcional. (Waddell, 2004).

O objectivo deste estudo consistiu assim na avaliação de uma amostra de utentes com DCL que tivessem experienciado um período de absentismo à sua actividade profissional devido a esta condição. Esta avaliação consistiu em dois momentos independentes (avaliação inicial e reavaliação de *follow-up* às 12 semanas). Na primeira avaliação, recolhemos os dados sócio-demográficos e outros relevantes para a caracterização da condição e qual o impacto da mesma na actividade profissional do utente. Avaliámos também a Incapacidade auto-reportada e os níveis de Crenças de medo-evitamento que apresentava.

Após 12 semanas (segundo momento de avaliação) efectuámos a reavaliação da amostra com o objectivo que verificar qual a percentagem de utentes que retornou à sua actividade profissional no intervalo de tempo decorrido. Foi igualmente efectuada uma nova avaliação da Incapacidade auto-reportada e dos níveis de Crenças de medo-evitamento existentes.

Relativamente à sua estrutura, este estudo encontra-se dividido em 4 capítulos. O *primeiro capítulo* diz respeito ao enquadramento teórico e à revisão da literatura efectuada, dividindo-se em 4 *sub-capítulos*. O *primeiro sub-capítulo* aborda aspectos relativos com a DCL, como a sua definição, incidência e prevalência.

No *segundo sub-capítulo* é abordado o impacto que a DCL apresenta no absentismo à actividade profissional bem como os custos económicos resultante desse absentismo. Uma vez que pretendemos avaliar a capacidade de retorno à actividade profissional dos utentes com DCL que tivessem experienciado um período de absentismo à sua actividade profissional devido à condição, considerámos pertinente averiguar a percentagem de utentes que recorreram à baixa médica e qual o tempo médio de afastamento resultante da sua condição.

No *terceiro sub-capítulo*, e uma vez que o principal objectivo deste estudo foi analisar prospectivamente a capacidade de retorno à actividade profissional em utentes com DCL, que procuraram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, e averiguar a sua relação com os níveis de Incapacidade auto-reportados, analisámos a relação entre a Incapacidade e o Retorno à Actividade Profissional. Por fim, no *quarto sub-capítulo*, é abordada a associação entre Incapacidade da DCL e as Crenças de medo-evitamento, uma vez que o objectivo secundário deste estudo se prende com a análise da

influência dos factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento, nos níveis de Incapacidade auto-reportados.

O *segundo capítulo* diz respeito à metodologia, onde se encontram descritas as hipóteses em estudo, o tipo de estudo e o seu desenho metodológico, as variáveis e a amostra estudadas, os aspectos éticos, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos e a recolha de dados, e por fim a análise dos mesmos. No *terceiro capítulo* são apresentados os resultados do estudo e no *quarto capítulo* estes são discutidos tendo em conta o que é conhecido e referido actualmente na literatura. Por fim, apresentamos a *Conclusão* onde são referidas as principais conclusões do estudo e propostas novas orientações para futuros estudos.

Os resultados deste estudo podem contribuir para o aumento do conhecimento sobre os episódios de agudização dos sintomas referidos pelos utentes com DCL, nomeadamente no que se refere ao impacto que estes episódios apresentam no absentismo à actividade profissional. Poderão contribuir também para uma melhor compreensão sobre a importância da Incapacidade auto-reportada para esse absentismo e qual o contributo que os factores psicossociais, neste caso específico as Crenças de medo-evitamento, apresentam para os níveis de Incapacidade verificados. Estes dados poderão fornecer informações relevantes para o aumento do conhecimento sobre os episódios de recorrência da DCL e auxiliar os Fisioterapeutas na sua avaliação e tomada de decisão relativamente à abordagem a utilizar junto destes utentes, na sua prática clínica.

# 1. REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1 - A Dor Crónica Lombar

A DCL refere-se normalmente à condição que apresenta uma sintomatologia (dor) que perdure por um período superior a 12 semanas (van Tulder, Koes, Metsemakers & Bouter, 1998). Embora a história natural da Dor Lombar pareça favorável, visto os estudos existentes demonstrarem na sua globalidade que 30 a 60% dos utentes recuperam no espaço de uma semana e que 60 a 90% recuperarão num período de 6 semanas (Du Bois & Donceel, 2008), os restantes 10% de utentes que desenvolvem uma condição crónica são responsáveis por cerca de 65 a 85% de todos os custos associados a esta condição (Maetzel & Li, 2002).

Outro aspecto significativo prende-se com o facto de que após um primeiro episódio de Dor Lombar não-específico, cerca de 20 a 44% dos utentes irão apresentar/sofrer uma recidiva no espaço de um ano, e até 85% terão pelo menos uma recorrência durante a sua vida (van Tulder *et al.*, 2002; Waddell & Burton, 2001).

Actualmente, a definição do conceito de recorrência não reúne um consenso claro. Apesar de um grande número de estudos englobar a análise dos episódios de recorrência da Dor Lombar, só temos conhecimento da recomendação proposta por Von Korff em 1994, que a descreve como “presença de Dor Lombar em menos de metade dos dias num período de 12 meses, ocorrendo em múltiplos episódios no decorrer desse período” (Von Korff, 1994).

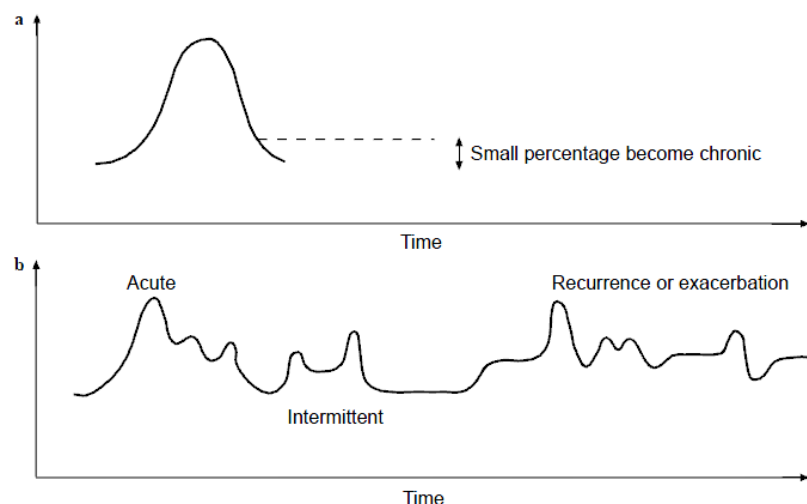
De acordo com a literatura existente, verificámos que a recorrência dos episódios de Dor Lombar pode ser interpretada de duas formas distintas. Em primeiro lugar, esta recorrência pode ser avaliada como uma *variável* dos estudos, isto é, após a ocorrência de um primeiro episódio de Dor Lombar o utente é seguido por um determinado período de tempo avaliando-se depois se houve ou não recorrência da sua condição inicial. Esta primeira forma de interpretar a recorrência dos episódios permite unicamente perceber se o utente voltou a referir sintomas, durante o período de *follow-up* estimulado, tratando-se de uma análise dicotómica da sua ocorrência.

Em segundo lugar, a existência dos episódios de recorrência associados à Dor Lombar é analisada em alguns estudos, como um tipo específico desta condição, isto é, como uma *população específica de utentes* que apresentam *Dor Lombar Recorrente*. Estes

utentes poderão ser caracterizados por apresentarem múltiplas situações de agudização dos seus sintomas, correspondendo assim a vários episódios de recorrência ao longo da sua condição crónica (Stanton, Latimer, Maher & Hancock, 2010). De acordo com Von Korff (1994), estes episódios de agudização são definidos como “períodos (normalmente uma semana ou menos) em que os sintomas da condição de Dor Lombar se encontram mais exacerbados do que o normal para o utente”. Neste estudo utilizámos a segunda interpretação uma vez que esta engloba a agudização dos sintomas nos utentes com DCL.

No estudo qualitativo apresentado por Young, Wasiak, Phillips e Gross (2011), os utentes acompanhados definiram a sua condição de Dor Lombar como apresentando flutuações e recorrências, embora estivesse sempre presente enquanto condição. Esta presença constante é interpretada como uma condição de DCL que envolve as limitações funcionais “normais” (isto é, com presença ou não de dor, mas com a existência de incapacidade mínima na realização das suas actividades diárias) alternando com a existência de flutuações e episódios de agudização dos sintomas, com elevados níveis de dor e incapacidade, comprometendo a sua participação na maioria das actividades diárias e actividade profissional (Young *et al.*, 2011).

De forma a melhor compreendermos a evolução da condição da Dor Lombar achamos importante clarificar a definição assumida. De acordo com Deyo (1993) a figura seguinte apresenta com maior clareza o percurso da Dor Lombar ao invés da interpretação dicotómica entre uma condição aguda ou crónica normalmente utilizada (Figura 1).



**Figura 1- a:** Percurso assumido da Dor Lombar Aguda; **b:** Percurso real da Dor Lombar (Deyo, 1993).

Após o seu início, a condição de Dor Lombar é potencialmente crónica. Os utentes com DCL podem experienciar episódios de agudização e períodos com ausência de sintomas; contudo, cada agudização ocorrida irá aumentar a experiência global da condição e aumentar a probabilidade para a ocorrência de novos episódios. Com o decorrer do tempo, esta experiência cumulativa poderá se tornar mais persistente e mais incapacitante (Deyo, 1993).

## **1.2 - O Impacto da Dor Crónica Lombar no Absentismo à Actividade Profissional**

A Dor Lombar é a condição músculo-esquelética mais representativa das patologias deste foro e deve ser encarada como uma condição com carácter intermitente. A análise dos dados existentes na literatura permitiram apurar que nos Estados Unidos esta condição afecta 2 a 5% da população a cada momento. Estes dados epidemiológicos demonstram que em qualquer período de 3 meses 26 a 27% da população é afectada por esta condição e que 70 a 80% da população geral apresentará pelo menos um episódio de Dor Lombar no decorrer na sua vida (Strine & Hootman, 2007). Foi ainda verificado que 93% dos utentes com Dor Lombar irão apresentar pelo menos um episódio de agudização dos seus sintomas no ano seguinte (De Vet *et al.*, 2002).

O trabalho de Müller, Duetz, Roeder & Greenough (2004) concluiu ainda que mais de 30% dos utentes crónicos procuram ajuda médica devido à sua condição e que 66% dos utentes com sintomatologia recorrente procuraram essa ajuda durante um período de *follow-up* de um ano (Müller *et al.*, 2004).

Apesar do prognóstico da condição parecer positivo, uma vez que cerca de 80% dos utentes regressão à sua actividade profissional anterior no espaço de 3 meses (Du Bois, Szpalski & Donceel, 2009), aproximadamente 10% dos utentes que experienciam um episódio de Dor Lombar irão evoluir para uma condição crónica (Maetzel & Li, 2002). Embora esta percentagem pareça ser reduzida, estes utentes são responsáveis por cerca de 75 a 90% de todos os custos socioeconómicos associados à condição de Dor Lombar. Os custos elevados da DCL devem-se na sua maioria aos valores dispendidos com as intervenções de tratamento efectuadas e com a incapacidade associada à actividade profissional (Schoppink, van Tulder & Koes, 1996; Müller *et al.*, 2004).

No que se refere à actividade profissional em particular, a Dor Lombar é a causa mais comum de incapacidade entre os indivíduos com mais de 45 anos, sendo a



responsável por cerca de 4% daqueles que mudam de actividade profissional (Garofalo & Polatin, 1999). O impacto que a condição de DCL apresenta no absentismo à actividade profissional parece significativo, estimando-se que 22% destes utentes recorrem a alguma forma de licença médica (“baixa”) por necessitarem de se ausentar da sua actividade profissional devido à condição e outros 11% permanecem na sua actividade profissional mas com redução da sua capacidade normal (Wynne-Jones, Dunn & Main, 2008). Finalmente, estima-se que 17% dos utentes que se encontram ausentes da sua actividade profissional irão apresentar incapacidade recorrente nessa actividade, incorrendo em 69% do seu tempo total de dias de trabalho perdido e 84% do total das despesas médicas após a recorrência do seu primeiro episódio de Dor Lombar (Wasiak, Kim & Pransky, 2006).

Relativamente ao impacto económico que a condição de Dor Lombar apresenta na actividade profissional, o custo anual estimado para esta condição nos Estados Unidos ascende a valores na ordem dos 20 a 50 biliões de dólares (Schulte, 2005). Esta condição é também responsável por cerca de 149 milhões dias de trabalho perdidos por ano, dos quais dois terços são causados por condições crónicas que resultam em Incapacidade para a actividade profissional e o respectivo absentismo. As perdas anuais de produtividade resultantes destes dias de trabalho perdidos são estimadas em cerca de 28 biliões de dólares (Maetzel & Li, 2002).

Apesar destes valores parecerem representativos das consequências originadas pela condição de DCL, pouco é ainda sabido sobre o impacto da ocorrência de novos episódios de agudização e incapacidade desta condição na população em geral (Hincapié, Cassidy & Côté, 2008). Numa revisão sistemática efectuada por Hestbaek, Leboeuf-Yde e Manniche (2003) verificou-se que após 6 meses de *follow-up* entre 3 e 40% dos utentes que apresentavam absentismo à sua actividade profissional, iriam manter-se ausentes, enquanto aos 12 meses mais de 40% dos utentes continuavam a referir Incapacidade e dor devido à condição.

Os mesmos autores acrescentam ainda que a existência de novos episódios de agudização dos sintomas é bastante comum nos utentes com DCL, e que estes episódios traduzem-se igualmente em novos períodos de absentismo profissional. Verificaram ainda que num período de 12 meses após o retorno à actividade profissional, cerca de um terço dos utentes apresentaram novos períodos de absentismo devido à condição, sendo estes utentes com episódios de absentismo recorrentes os responsáveis pelos maiores custos económicos associados à DCL (Hestbaek *et al.*, 2003).

Noutro estudo, Elder e Burdorf (2004) concluíram que os episódios de recorrência nos utentes com DCL variam entre os 33 e os 65% e que num período de *follow-up* de 3 anos a taxa cumulativa de recorrência para esta condição situa-se no 78% (Elders & Burdorf, 2004).

Relativamente ao nosso país, os dados referentes à condição de DCL são pouco específicos. De acordo com um estudo de levantamento efectuado pelo Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, sabe-se que a Dor Lombar (51,3%) é o tipo de dor mais referido pela população Portuguesa (Gonçalves & Cruz, 2007).

Apesar de não se tratar de um relatório especificamente direccionada para a DCL, o trabalho desenvolvido a nível europeu pela iniciativa *Pain Proposal* (2010) demonstrou que em Portugal cerca de 36% da população adulta sofre de Dor Crónica (aproximadamente 3 milhões), sendo que desta percentagem quase metade (16%) apresenta dor moderada ou forte ( $\geq 5$  numa escala de 0 a 10). Verificou-se também que a prevalência de Dor Crónica é significativamente maior nas mulheres e aumenta com a idade em ambos os sexos.

No mesmo relatório, as patologias osteoarticulares, em particular as lombalgias foram identificadas como a principal causa, abrangendo mais de 40% dos indivíduos. Aproximadamente 50% dos indivíduos com Dor Crónica referem que esta afecta de forma moderada ou grave as suas actividades domésticas e laborais, tendo-se verificado que 4% perderam o seu emprego devido à condição e 13% obtiveram reforma antecipada. Em termos de impacto económico, estima-se que os indivíduos com Dor Crónica apresentam em média 14 dias de baixa por ano, o que representa anualmente mais de 290 milhões de Euros de custos salariais suportados pela Segurança Social (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva - *Pain Proposal*, 2010).

Através desta análise é possível ter uma percepção global do impacto da condição de Dor Lombar na sociedade e os elevados custos associados à actividade profissional. Apesar da maioria das *guidelines* recomendar que os utentes devem ser tranquilizados relativamente ao prognóstico favorável da condição, sendo esta recomendação normalmente suportada pela afirmação de que 90% dos pacientes recuperam no período de 6 semanas (van Tulder *et al.*, 2006) tal afirmação pode no entanto ser demasiado optimista.

Embora os utentes geralmente melhoram rapidamente, o risco de desenvolver DCL é incerto e as estimativas variam de em torno dos 10% (Henschke *et al.*, 2008).

### **1.3 - A Incapacidade e o Retorno à Actividade Profissional**

A Incapacidade auto-percepcionada parece ser um dos factores que poderá prever as condições de retorno à actividade profissional. No entanto é necessário clarificar o conceito de Incapacidade uma vez que na literatura este nem sempre é identificado ou analisado da mesma forma.

A definição da Incapacidade é complexa, modificando-se de acordo com o contexto em que é analisada e a como esta será avaliada, podendo ser abordada sobre a sua dimensão física, psíquica, social e ocupacional. Quando associada à DCL é importante referir que a Incapacidade percepcionada está muitas vezes associada à existência de dor na realização de determinada tarefa ou actividade. Quando o utente apresenta dificuldade em realizar determinada actividade, os instrumentos de avaliação utilizados para quantificar a Incapacidade questionam a existência ou não de dor na execução dessa actividade específica ou a facilidade/dificuldade na sua execução.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (ICF) define a Incapacidade como uma resultante da interacção entre a disfunção apresentada pelo utente (orgânica ou estrutural) e as limitações nas suas actividades ou restrições sociais. Estas poderão envolver factores ambientais que podem funcionar como facilitadores ou inibidores para o desempenho e participação nessas actividades. (World Health Organization, 2001).

No modelo do ICF, o termo Funcionalidade é utilizado na vertente positiva, compreendendo as componentes da função e estruturas do corpo, a actividade e a participação social. O termo Incapacidade será então o aspecto negativo correspondente e está relacionado com a dificuldade em executar as actividades da vida diária e as actividades profissionais ou de lazer (Leeuw *et al.*, 2007a).

De acordo com a literatura, e no que diz respeito à DCL, não são apenas os componentes fisiológicos (como a dor) os responsáveis pela percepção de Incapacidade. Os factores psicossociais surgem igualmente como preditivos para a existência dessa Incapacidade, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento associadas à dor, sendo estes identificados como os factores com maior poder preditivo para a Incapacidade relacionada com a actividade profissional (Main, Foster & Buchbinder, 2010).

Os estudos demonstram que a existência de maiores níveis de Incapacidade estão relacionada com os índices menos favoráveis de retorno à actividade profissional nos utentes com Dor Lombar (Waddell & Burton, 2001). Assim, quanto mais elevados forem os níveis de Incapacidade na fase inicial da condição (ver definição na página 1) maior será o seu impacto no absentismo à actividade profissional. Estes dados são identificados com clareza na literatura existente, incluindo nos estudos que analisaram utentes com uma condição de DCL (van Tulder *et al.*, 2002) mas o impacto dos níveis de Incapacidade nos episódios de agudização dos sintomas não é conhecido.

Este aspecto dificulta a forma como estes episódios deverão ser analisados. Por um lado, e tratando-se de uma condição crónica, é aceitável assumir que as consequências dos episódios de agudização correspondem a *flare-ups*<sup>3</sup> da flutuação existente neste tipo de condição e que o seu impacto na actividade profissional é analisado em conjunto com “o todo” da condição de DCL. Por outro lado, quando estes episódios de agudização apresentam maiores níveis de Incapacidade, parecem ser descritos na literatura como “novos episódios” sendo analisados e estudados como novas situações iniciais em que é verificado o seu impacto no absentismo à actividade profissional de uma forma isolada.

Se nos centrarmos apenas na definição da condição de DCL é possível verificar que a Incapacidade é comum nestes utentes e parece depender mais dos factores psicossociais do que das características fisiológicas da condição (Main *et al.*, 2010). No entanto, a previsão dos casos de cronicidade associados à Dor Lombar não é tão fácil como seria desejável e idealmente os utentes deveriam ser avaliados em termos de risco para o desenvolvimento dessa cronicidade e da Incapacidade relativa à actividade profissional (Buijs *et al.*, 2009).

O resultado da análise da evidência resultante de duas revisões da literatura efectuadas por Waddell e Burton (2001) e van Tulder *et al.* (2002) permitiu verificar que existe uma forte evidência de que a ausência de 4 a 12 semanas à actividade profissional devido a esta condição poderá reflectir-se em 40% de probabilidades de não retomar a actividade profissional no ano seguinte (Waddell & Burton, 2001). Do mesmo modo, os autores concluíram que será pouco provável que um utente que se encontre afastado da sua

---

<sup>3</sup> A expressão “*flare-up*” corresponde ao surgimento súbito ou à exacerbação repentina dos sintomas de uma doença ou condição (Von Korff, 1994; Muthukrishnan, Shenoy, Jaspal, Nellikunja & Fernandes, 2010)

actividade profissional por um período de 2 anos regresse alguma vez à sua actividade profissional anterior (Waddell & Burton, 2001; van Tulder *et al.*, 2002).

Como referido anteriormente, os níveis de Incapacidade apresentam uma associação com a capacidade que os utentes apresentam para regressar à sua actividade profissional, sendo que os valores mais elevados nesses índices correspondem a um maior insucesso nesse regresso (Waddell & Burton, 2001). Fritz, Delitto e Erhard (2003) obtiveram conclusões semelhantes num estudo realizado com utentes com Dor Lombar Aguda.

Nesse estudo, Fritz *et al.* (2003) analisaram uma amostra de 78 utentes com Dor Lombar Aguda relacionada com a actividade profissional, com o objectivo de comparar a efectividade de diferentes intervenções com a abordagem proposta pelas *guidelines* para a Dor lombar Aguda, relativamente aos níveis de Incapacidade verificados e ao absentismo profissional (estas intervenções foram baseadas numa classificação e distribuição dos utentes por diferentes sub-grupos de acordo com as características de cada utentes). Após um período de *follow-up* de 4 semanas, os resultados obtidos foram positivos relativamente à efectividade das intervenções efectuadas nos diferentes sub-grupos (em comparação com a intervenção proposta pelas *guidelines*) e permitiram verificar um decréscimo estatisticamente significativo na redução dos níveis de Incapacidade (*odds ratio*:  $OR = 10,9$ ; intervalo de confiança (*IC*) 95% = 1,9-19,9) bem como o maior insucesso no retorno à actividade profissional para os indivíduos que apresentavam maior níveis de Incapacidade ( $n=36$ ), sendo que destes, 15 indivíduos continuavam ausentes da sua actividade profissional anterior.

Diversos autores obtiveram resultados semelhantes, relativamente ao impacto da existência de níveis de Incapacidade mais elevados para o maior insucesso no retorno à actividade profissional e ao absentismo profissional. No estudo de Loisel *et al.* (1997), que teve como objectivo o desenvolvimento de um modelo para a prevenção da Incapacidade de longa duração, nos utentes com uma condição de Dor Lombar subaguda ( $n=31$ ), os autores concluíram que os indivíduos que não regressam à sua actividade profissional no espaço de 4 a 8 semanas devido à Incapacidade apresentam um risco mais elevado de manterem esse absentismo profissional, comparativamente aos indivíduos que apresentam uma Incapacidade mais reduzida, que conseguiram regressar à sua actividade profissional 2,41 vezes mais cedo (avaliado em número de dias) ( $IC$  95% = 1,19-4,89;  $p<0,01$ ) (Loisel *et al.*, 1997).

Num estudo desenvolvido por van der Weide, Verbeek, Salle e van Dijk (1999), com o objectivo de determinar os indicadores de prognóstico para a cronicidade da condição de Dor Lombar, os autores avaliaram uma amostra de 120 utentes com Dor Lombar Aguda, que tivessem apresentado um período de absentismo profissional superior a 10 dias. Nos seus resultados, verificaram que os níveis mais elevados de Incapacidade verificados na avaliação inicial apresentaram uma relação significativa com o absentismo profissional mais prolongado e o insucesso no retorno à actividade profissional (*hazard ratio*  $hr = 0.82$ ; intervalo de confiança 95% = 0,73-0,90), tendo verificado igualmente que a comparação entre os utentes que apresentassem um *score* de 70 (*Roland Disability Questionnaire* – convertido de 0 a 24 para 0 a 100) ou um *score* de 40 poderia indicar que aqueles com um *score* de Incapacidade mais baixo apresentavam 1% de probabilidade de não regressar à actividade profissional anterior, enquanto aqueles com *scores* aproximados de 70 apresentava uma probabilidade de 60% em não regressar a essa mesma actividade ( $hr = 0,47$ ; intervalo de confiança 95% = 0,34-0,64) (van der Weide *et al.*, 1999).

Noutro estudo, com o objectivo de quantificar a contribuição relativa de diversos factores da Dor Lombar para o não retorno à actividade profissional num período de 3 meses, Du Bois *et al.*, (2009) analisaram uma amostra de 346 utentes com DCL. Verificaram que 47% dos utentes não tinham regressado à actividade profissional anterior nesse período e concluíram que o principal factor preditivo para o insucesso no retorno à actividade profissional nos utentes com DCL prende-se com os elevados níveis de Incapacidade verificada (avaliada com a *Oswestry Disability Index*) na qual o aumento de cada ponto verificado na escala de avaliação da Incapacidade correspondia ao aumento de 4% das probabilidades de insucesso do utente para esse regresso ( $OR = 1,04$ ;  $p = 0,001$ ; intervalo de confiança 1,02 – 1,06).

Em 2000, van der Giezen, Bouter e Nijhuis analisaram uma amostra de 298 utentes com a condição de DCL, com o objectivo de identificar os factores de prognóstico para o retorno à actividade profissional nos utentes que tivessem apresentado um período de absentismo de 3 a 4 meses devido à Incapacidade associada à actividade profissional. Concluíram que durante o período de *follow-up* de 12 meses 77% dos utentes regressaram à sua actividade, embora 31% daqueles que tinham regressado na primeira reavaliação (aos 3 meses) não estavam a exercer essa actividade aos 12 meses. Verificaram também que no final do período de *follow-up*, 21% dos utentes estavam a exercer a sua actividade profissional a tempo parcial ou a usufruir de algum tipo de compensação económica

devido à sua Incapacidade que ainda apresentavam, e que cerca de 40% de todos os elementos da amostra tinham experienciado um pelo menos um segundo período de absentismo devido à condição no período de *follow-up* (van der Giezen *et al.*, 2000).

Segundo Baldwin, Johnson e Butler (1996), o regresso à actividade profissional poderá ser uma medida enganosa para a avaliação da eficácia dos cuidados de saúde. Isto porque 1) Esse regresso não é o único determinante para saber se o utente é reintegrado convenientemente após o episódio de Dor Lombar e 2) O primeiro episódio de incapacidade para o desempenho da actividade profissional não é, frequentemente, o último episódio.

No modelo apresentado, Baldwin *et al.* (1996) pretenderam estimar a importância dos factores socioeconómicos, sócio-demográficos, as características da condição e da actividade profissional, bem como os ajustamentos efectuados pela entidade patronal aquando do regresso dos indivíduos à actividade profissional. A amostra foi seguida por um período de *follow-up* de 3 anos ( $n=1850$ ), e os autores identificaram 14 padrões diferentes que caracterizavam os diferentes tipos de regresso. Uma vez que muitos desses padrões abrangiam um número reduzido de indivíduos, procederam à sua agregação tendo-se obtido 4 *padrões finais*<sup>4</sup>. Destes, os 2 primeiros aplicam-se aos utentes que retomaram a sua actividade profissional apenas uma vez, enquanto os 2 últimos àqueles que experienciaram períodos repetidos de actividade e absentismo após o surgimento da condição.

Os autores relevam a importância de que se utilizassem apenas o regresso à actividade profissional como medida para avaliar os efeitos que a Incapacidade apresenta na condição da amostra estudada, poderia ser assumido que a totalidade tinha recuperado completamente, no entanto isso não foi verificado, uma vez que apenas 725 utentes (39%) continuaram a exercer a sua actividade desde o seu primeiro regresso. Dos restantes elementos da amostra, 535 (29%) não obtiveram sucesso no seu primeiro regresso e retiraram-se da actividade profissional. Os restantes 590 elementos (32%) experienciaram

---

<sup>4</sup> O *padrão 1* ocorre quando o primeiro regresso à actividade é efectuado com sucesso (onde o conceito de sucesso é definido como a capacidade do utente regressar à actividade profissional que realizava antes do início dos sintomas.) O *padrão 2* ocorre quando se verifica insucesso no primeiro regresso à actividade profissional, isto é, o indivíduo volta a se ausentar à actividade após o primeiro regresso. O *padrão 3* verifica-se quando o utente experiencia múltiplos períodos de actividade/absentismo culminando com um regresso bem sucedido, e por fim o *padrão 4* verifica-se quando o resultado dos múltiplos períodos de actividade/absentismo culminam com o insucesso no retorno à actividade profissional (Baldwin *et al.*, 1996).

múltiplos episódios de absentismo profissional devido à condição. Concluíram por fim que na totalidade, 61% dos indivíduos tinham apresentado episódios de absentismo relacionados com a sua condição e que os elementos com maior risco para a ocorrência desses episódios eram aqueles que apresentavam idades mais avançadas, do sexo feminino, e com menores níveis de instrução. Assim, o primeiro regresso à actividade profissional após um episódio de Dor Lombar determinou um retorno estável a essa actividade em menos de 40% de todos os utentes que regressaram (Baldwin *et al.* 1996).

De acordo com estas conclusões, as avaliações baseadas no primeiro regresso à actividade profissional provavelmente subestimam a percentagem real de utentes com disfunção isto porque, é possível que estes continuem a referir Incapacidade após esse regresso, ou possam experimentar episódios recorrentes de Incapacidade (Chen, Hogg-Johnson & Smith, 2007). No mesmo sentido, Dionne *et al.*, (2007) referem que a utilização de uma avaliação dicotómica para analisar o retorno ou não à actividade profissional poderá não apresentar igualmente uma validade efectiva, visto a sua análise não permitir avaliar se esse regresso é seguido de novos episódios de recidiva e consequentemente novos períodos de absentismo.

Com o intuito de tentar colmatar a necessidade de verificar como os utentes regressavam à actividade profissional após um episódio de Dor Lombar, Dionne *et al.* (2005) propõem a utilização de uma nova variável, o “*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*”. Trata-se de uma variável composta 3 aspectos ocupacionais distintos, relativos à condição de Dor Lombar: *o estatuto profissional actual*, (isto é, se o utente se encontra a trabalhar como antes do início dos sintomas ou se continua ausente da sua actividade profissional devido à condição); *os níveis de Incapacidade funcional* que estes utentes apresentam (> ou < que 30%); e por fim, *o número de dias de absentismo* existentes desde a avaliação inicial (+ ou – que 5 dias). De acordo com a conjugação dos 3 aspectos ocupacionais descritos e tendo por base o trabalho de Baldwin *et al.* (1996); esta variável pode assumir 4 categorias distintas: *Sucesso*, *Sucesso Parcial*, *Falha Após Tentativa* e *Falha* (Dionne *et al.*, 2005).

Num estudo subsequente dos mesmos autores (Dionne *et al.*, 2007), este instrumento foi testado durante um período de *follow-up* de 2 anos. Os resultados obtidos permitiram verificar que às 12 semanas, quase 50% dos elementos da amostra se encontravam na categoria de maior *Sucesso* (isto é, voltaram à sua actividade profissional anterior não tendo estado ausentes por mais de 5 dias nos últimos 3 meses e não



apresentavam limitações funcionais superiores a 30%) o que não foi verificado na primeira reavaliação efectuada às 6 semanas (apenas 18%). Na reavaliação efectuada às 12 semanas, as restantes categorias apresentavam percentagens de 26,1% na categoria de *Sucesso Parcial*, 7,7% na categoria de *Falha Após Sucesso* e 14,7% na categoria de *Falha*.

Apuraram também que aos 2 anos de *follow-up*, aproximadamente 20% da amostra se encontrava na categoria de *Falha Após Tentativa* e *Falha*, não tendo regressado efectivamente à sua actividade profissional anterior ou não efectuando qualquer tentativa de regresso. Assim como no estudo de Baldwin *et al.* (1996) os autores concluíram também que a verificação directa do regresso à actividade profissional não representa de forma clara o sucesso a longo prazo desse regresso nem as limitações funcionais existentes resultantes da Incapacidade verificada (Dionne *et al.*, 2007).

De forma a melhor compreender qual o impacto dos episódios de agudização de DCL na actividade profissional e o seu consequente absentismo procedemos à avaliação desta variável neste estudo. O nosso objectivo foi não só avaliar o regresso ou não à actividade profissional como também verificar qual o contributo da Incapacidade para esse processo.

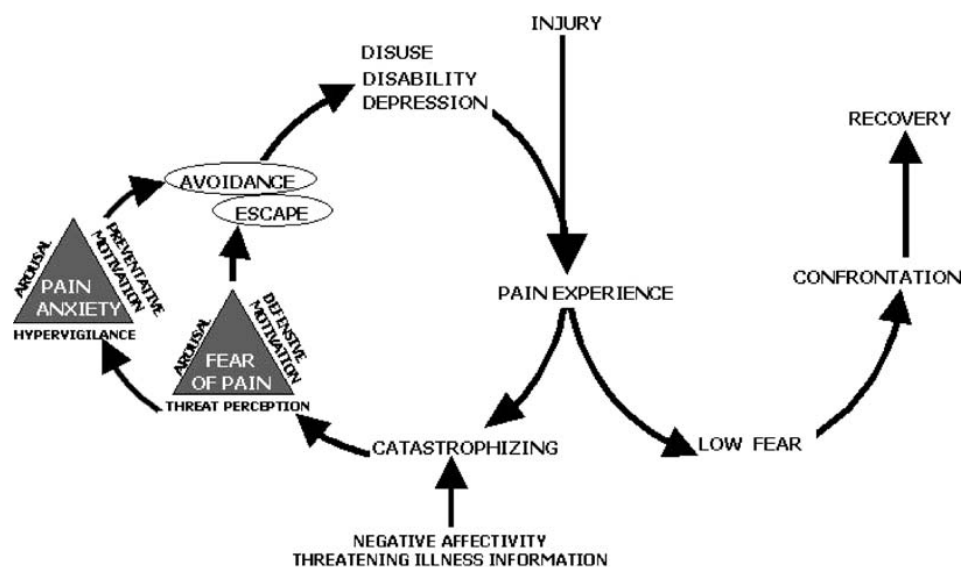
#### **1.4 - A Incapacidade da Dor Crónica Lombar e a sua associação com as Crenças de Medo-Evitamento**

A análise da literatura efectuada sugere que os factores psicossociais influenciam a percepção relativa à dor e a forma como os utentes lidam com a mesma. Parece também que estes factores são mais importantes do que os aspectos fisiológicos para o desenvolvimento da dor crónica e da incapacidade subsequente (Boer *et al.*, 2006).

Vlaeyen e Linton (2000) propuseram um modelo cognitivo-comportamental para a explicação da DCL, conhecido pelo Modelo de Medo-Evitamento. Este modelo foi desenvolvido tendo por base o trabalho de Waddell, Newton, Henderson, Somerville e Main (1993) e Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink e Heuts (1995a) e apresenta uma explicação sobre a forma como a Incapacidade associada à DCL poderá ocorrer devido ao contributo dos factores psicossociais, em particular, as crenças de medo-evitamento (Leeuw *et al.*, 2007a).

O princípio base deste modelo é a forma como a dor é interpretada, podendo seguir duas direcções distintas (Figura 2). Se a dor é percebida como algo não ameaçador ou

incapacitante em demasia, o indivíduo tende a manter as suas actividades habituais e a contrapor a limitação causada pela dor (“*fight*”) sendo a sua capacidade de recuperação mais facilitada. Por outro lado, quando a dor é interpretada como algo incapacitante ou de uma forma catastrófica, essa interpretação levará ao medo relacionado à dor e a comportamentos de evitamento da actividade (“*flight*”) podendo também originar uma situação de hipervigilância relativa à dor. Estes comportamentos podem ser adaptativos no estadio agudo, mas quando esta situação perdura no tempo, podem assumir consequências como o desuso, a redução do limiar de tolerância à dor e o aumento do nível de incapacidade funcional, o que poderá potencializar o carácter crónico da Dor Lombar (Vlaeyen & Linton 2000).



**Figura 2** - Modelo do Medo-Evitamento. Baseado no modelo de Medo-Evitamento de Vlaeyen e Linton (2000), e no modelo de Medo-Ansiedade-Evitamento de Asmundson *et al.* (2004) (retirado de Leeuw *et al.*, 2007b)

Sintetizando, os utentes com uma atitude favorável relativamente à dor e que a consideram como algo controlável e que não incapacita em demasia, apresentam menor influência da mesma na sua funcionalidade. Por outro lado, aqueles que apresentam uma atitude menos favorável e percebem a sua dor como um sintoma incapacitante apresentam um maior grau de Incapacidade associada à condição (Boer *et al.*, 2006).

Na literatura analisada são referidos diversos mecanismos que podem explicar a associação existente entre as elevadas Crenças de medo-evitamento e os níveis mais elevados de Incapacidade auto-percebida, bem com a influência da redução dessas

Crenças na redução verificada na Incapacidade. Uma das hipóteses sugeridas baseia-se na premissa de que os utentes que apresentam maiores níveis de Crenças de medo-evitamento manifestam uma atenção intensificada relativamente aos sintomas da sua condição (hipervigilância), estando desta forma mais despertos para percepcionarem a sua Incapacidade. De acordo com esta premissa, a redução das Crenças de medo-evitamento deverá reduzir essa hipervigilância e tornar estes utentes menos propensos para o estado de alerta constante relativamente à condição, reduzindo igualmente a auto-percepção da Incapacidade (Linton, 2000).

Outra das hipóteses sugeridas prende-se com o pressuposto de que a perpetuação de elevadas Crenças de medo-evitamento poderá conduzir a um aumento dos níveis de dor e de Incapacidade, através de uma reactividade muscular (Vlaeyen *et al.*, 1999). Assim, partindo deste pressuposto, será viável assumir que a redução das Crenças verificadas irá diminuir os níveis de reactividade muscular, o que conduzirá por sua vez à redução da Incapacidade. Esta hipótese é reforçada pelo trabalho de Watson, Booker e Main (1997) onde concluíram que a redução das Crenças de medo-evitamento estão associadas à normalização dos padrões de actividade muscular nos utentes com DCL (Watson *et al.*, 1997).

Após estas considerações relativas ao Modelo de Medo-Evitamento, passaremos agora à análise do contributo das Crenças de medo-evitamento para a Incapacidade associada à DCL. As Crenças de medo-evitamento da dor têm demonstrado relevância nos estudos que exploram a determinação da Incapacidade nos utentes com DCL. O medo é uma reacção específica e imediata a uma situação de ameaça percebida, como a dor (Rachman, 1998). Pode ter um carácter protectivo relativamente a uma situação de perigo eminente e instigar um comportamento de defesa associado a uma resposta de “*fight or flight*”. Sendo uma consequência natural da dor, o medo e o evitamento de determinadas actividades são considerados razoáveis na fase aguda. No entanto, este medo da dor pode ser um impeditivo para a recuperação da condição contribuindo para a instalação da DCL (Godges, Anger, Zimmerman & Delitto, 2008). Alguns autores indicam mesmo que o medo da dor é mais incapacitante do que a dor em si (Waddell, 2004; Swinkels-Meewisse, Roelofs, Oostendorp, Verbeek & Vlaeyen, 2006), não sendo claro no entanto porque o medo existente na fase aguda desaparece em alguns utentes enquanto para outros se torna um factor com potencial crónico. Uma hipótese possível é que algumas características individuais modulem este processo (Turk & Okifuji, 2002).

Como descrito anteriormente, a Incapacidade refere-se à dificuldade em executar as actividades diárias e a actividade profissional. Pode ser uma consequência de um comportamento de evitamento prolongado e é claro que este comportamento apresenta um impacto directo na realização dessas actividades (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren & van Eek, 1995b; Swinkels-Meewisse, Roelofs, Oostendorp, Verbeek, & Vlaeyen, 2006). Um número elevado de estudos demonstra que os utentes com a condição de DCL que apresentam Crenças de medo-evitamento mais elevadas apresentam igualmente maiores níveis de Incapacidade (Boersma & Linton, 2005; Denison, Asenlof & Lindberg, 2004; Goubert, Crombez, & Lysens, 2005; Peters, Vlaeyen & Weber 2005; Staerke *et al.*, 2004; van den Hout, Vlaeyen, Heuts, Sillen, & Willen, 2001). Seguidamente apresentamos uma breve descrição dos estudos efectuados por estes autores, onde são apresentados os principais resultados verificados.

Em 2005, Boersma e Linton efectuaram um estudo com o objectivo de identificar diferentes sub-grupos de utentes com padrões de resposta similares a um questionário de avaliação e verificar qual a relação existente entre esses sub-grupos e o risco de desenvolvimento de Incapacidade de longa duração. Analisaram uma amostra constituída por 363 indivíduos com Dor Lombar Aguda e Sub-Aguda, que responderam ao questionário de avaliação seleccionado – *Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*<sup>5</sup> e distribuíram os participantes de acordo com os vários padrões de resposta obtidos. A amostra foi reavaliada após um período de *follow-up* de um ano e através de uma análise estatística dos *Clusters* obtidos foi possível verificar que 35% dos utentes do sub-grupo com elevadas Crenças de medo-evitamento apresentavam índices mais elevados de Incapacidade e de absentismo profissional.

Denison *et al.* (2004) avaliaram a relação existente entre a Incapacidade e as Crenças de medo-evitamento em utentes subagudos e crónicos com dor músculo-esquelética. Utilizaram o *Pain Disability Index* (para a avaliação da Incapacidade) e a *Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)* (esta escala avalia o medo do movimento/nova lesão e foi utilizada para avaliar as Crenças existentes) na avaliação de duas amostras distintas (n1=210 e n2=161) e verificaram que as Crenças relativas ao medo-evitamento apresentam

---

<sup>5</sup> Este instrumento de avaliação é utilizado para a avaliação do risco que um trabalhador apresenta para o desenvolvimento de Incapacidade de longa duração ou falha no retorno à actividade profissional (Boersma & Linton, 2005).

uma correlação significativa com a Incapacidade verificada ( $r=0,47$  na amostra 1 e  $r=0,53$  na amostra dois, ambas com  $p < 0,001$ ). Através da análise de regressão concluíram igualmente que as Crenças de medo-evitamento explicam 7% da Incapacidade verificada na amostra 1 e 6% na amostra 2 ( $r^2$  ajustado  $=0,07$  e  $r^2$  ajustado  $=0,06$ , respectivamente). Estes resultados levaram os autores a concluir também que a presença de elevadas Crenças de medo-evitamento contribuem mais para a Incapacidade do que, por exemplo a intensidade da dor ( $r=0,34$  na amostra 1 e  $r=0,43$  na amostra dois,  $p < 0,001$ ).

No estudo de Goubert *et al.* (2005), os autores investigaram a forma como o treino da repetição de diferentes testes comportamentais, melhoraria a execução de um teste final e qual a percepção que os utentes apresentavam sobre a sua incapacidade, comparativamente com outros utentes que efectuaram a repetição do mesmo teste comportamental durante o treino. Entre outros factores, foi efectuada a avaliação das Crenças de medo-evitamento. Analisaram uma amostra de 84 utentes com DCL e concluíram que a existência de Crenças de medo-evitamento mais elevadas apresentaram um contributo significativo como um factor preditivo para a diminuição da capacidade funcional para a execução do teste final ( $\beta = -0,25$ ;  $p < 0,005$ ). Os autores concluíram que a existência de elevadas Crenças de medo-evitamento são preditivas de um menor desempenho funcional (isto é, maior Incapacidade) nos movimentos efectuados no teste final, não tendo encontrado evidência de que a exposição a diferentes testes melhorasse a execução de diferentes actividades.

Peters *et al.* (2005) pretenderam estudar o contributo de diversos factores, entre eles as Crenças de medo-evitamento, para a Incapacidade auto-reportada numa amostra de 100 utentes com DCL não-específica. Utilizaram a *TSK* para avaliar o medo relacionado com o movimento e a *Quebec Back Pain Disability Scale* para a avaliação da Incapacidade. Nos resultados obtidos constataram que estas variáveis estavam relacionadas de forma estatisticamente significativa ( $r=0,27$ ;  $p < 0,01$ ). Ao efectuarem a análise de regressão hierarquizada relativamente à Incapacidade verificada na sua amostra, concluíram que este tipo de Crenças apresenta um valor preditivo de  $\beta = 0,21$  ( $p=0,033$ ) para essa Incapacidade, explicando-a adicionalmente em 4% ( $r^2$  ajustado  $=0,04$ ).

No estudo de Staerke *et al.* (2004), os autores pretenderam efectuar a adaptação do *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)* (Waddell et al. 1993) para a população Alemã e ao mesmo tempo avaliar o poder preditivo das Crenças de medo-evitamento para a Incapacidade (avaliada com o *Roland-Morris Disability Questionnaire*). Com este

objectivo, efectuaram a avaliação inicial de uma amostra de 255 utentes com uma condição subaguda e crónica de Dor Lombar, e uma avaliação após um período de *follow-up* de 6 meses. Uma vez que pretendiam igualmente efectuar a adaptação e validação do instrumento para outra população, os autores avaliaram separadamente as duas sub-escalas que compõem o questionário (uma relativas às Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e a outra relativa às Crenças de medo-evitamento existentes relativamente ao Trabalho). Verificaram que ambas as sub-escalas apresentavam uma correlação significativa com os níveis de Incapacidade verificados tanto na avaliação inicial ( $r=0,56$  na sub-escala da Actividade Física e  $r=0,57$  na sub-escala do Trabalho, ambas com  $p < 0,001$ ) como após o período de *follow-up* ( $r=0,39$  e  $r=0,47$ ;  $p < 0,001$ ).

Com base nas correlações verificadas, a análise de regressão bivariada permitiu apurar o poder preditivo de cada uma das sub-escalas para a Incapacidade:  $\beta = 0,18$ ;  $p < 0,01$  para as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e  $\beta = 0,16$ ;  $p < 0,001$  para as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho. Outra conclusão importante deste estudo prende-se com a verificação das Crenças de medo-evitamento como preditivas para o absentismo profissional. Foi possível constatar que as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho apresentam um poder preditivo de  $\beta = 0,28$ ;  $p < 0,001$ , o mesmo não tendo sido verificado em relação às Crenças de medo-evitamento associadas à Actividade Física. (Staerke *et al.*, 2004).

Por fim, o estudo de van der Hout *et al.* (2001) pretendeu verificar qual a relação existente entre a Incapacidade verificada e as Crenças de medo-evitamento existentes numa amostra de 122 utentes com DCL que tivessem experienciado um novo episódio de absentismo profissional. Os autores utilizaram a *Quebec Back Pain Disability Scale* (para a avaliação da Incapacidade) e o *FABQ* (para a avaliação das Crenças de medo-evitamento). Os resultados obtidos demonstraram que ambas as sub-escalas do questionário das Crenças de medo-evitamento apresentam uma correlação estatisticamente significativa com os níveis de Incapacidade ( $r=0,33$  na sub-escala da Actividade Física;  $p < 0,001$  e  $r=0,21$  na sub-escala do Trabalho;  $p < 0,05$ ). Os autores concluíram que os valores mais elevados verificados nas Crenças de medo-evitamento correspondem igualmente a níveis mais elevados de Incapacidade auto-percepcionada, tendo-se verificado igualmente um poder preditivo das Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física para essa Incapacidade. A análise de regressão múltipla permitiu apurar que estas Crenças

apresentam um poder preditivo para a Incapacidade auto-percepcionada ( $\beta = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ) e explicação 19% da mesma ( $r^2$  ajustado = 0,19).

Embora o Modelo de Medo-Evitamento e a avaliação das Crenças de medo-evitamento da dor tenham sido originalmente desenvolvidas para explicar e avaliar a transição da fase aguda para fase crónica da Dor Lombar, a maioria dos estudos efectuados foi realizada com utentes na fase crónica sobressaindo a evidência da sua associação com a Incapacidade percepcionada. No entanto, mais recentemente, a investigação começou a estudar a influência destas crenças nos utentes com episódios de Dor Lombar Aguda, e alguns trabalhos focaram-se também em utentes assintomáticos, de forma a avaliar o carácter preditivo das Crenças de medo-evitamento para o surgimento da condição.

Uma vez que não conseguimos identificar estudos que tenham analisado especificamente os episódios de agudização existentes nos utentes com uma condição de DCL, tentámos perceber em que medida as Crenças de medo-evitamento identificadas nos utentes numa fase aguda (genérica) se relacionam com a Incapacidade.

Foi encontrada evidência de que essas Crenças estão associadas à diminuição da participação nas actividades diárias (Buer & Linton, 2002), a uma maior auto-percepção do nível de Incapacidade (Grotle, Vollestad, Veierod & Brox 2004; Swinkels-Meewisse, Roelofs, Verbeek, Oostendorp & Vlaeyen 2003, Swinkels-Meewisse *et al.*, 2006), a um maior absentismo à actividade profissional (Grotle *et al.*, 2004), a situações de “baixa” médica mais frequentes (Gheldof *et al.*, 2005) e de maior duração (Boersma & Linton, 2005; Fritz, George & Delitto, 2001; Storheim, Brox, Holm & Bo, 2005), bem como à ocorrência de episódios de recorrência da condição (Burton, McClune, Clarke & Main, 2004), demonstrando assim contribuir para o desenvolvimento de uma condição crónica. Os estudos efectuados por estes autores serão apresentados em seguida. Apenas um estudo não apresentou relação significativa entre as Crenças de medo-evitamento e a Incapacidade (Sieben, Portegijs, Vlaeyen & Knottnerus, 2005), contudo neste trabalho o intervalo entre as avaliações foi muito curto (apenas alguns dias) o que segundo os autores poderá ter subestimado os resultados obtidos.

Em 2002, Buer & Linton desenvolveram um estudo tendo como um dos objectivos a avaliação da importância das Crenças de medo-evitamento para a diminuição da participação nas actividades diárias. Analisaram uma amostra composta por 917 indivíduos assintomáticos e com Dor Lombar Aguda, utilizando o *FABQ* para a avaliação das Crenças

de medo-evitamento e um conjunto de questões relacionadas com as actividades diárias (sendo as respostas a estas perguntas efectuadas numa escala numérica de 0-10, em que os valores mais elevados correspondem a maior Incapacidade para a sua execução). Os resultados obtidos permitiram concluir a existência de uma relação significativa entre a existência de elevadas Crenças de medo-evitamento e a diminuição da participação dos indivíduos nas actividades diárias. A análise de regressão logística efectuada com um intervalo de confiança (IC) de 95% é demonstrativa dessa conclusão tendo-se obtido um *odds ratio* (OR) de 2,47 (1,46-4,19). Nas suas conclusões, os autores salientam ainda que para além destas variáveis apresentarem uma relação significativa (OR= 2,47) os valores encontrados demonstraram que os indivíduos com Crenças de medo-evitamento mais elevadas apresentam mais do dobro da redução da sua capacidade de participação nas actividades diárias.

Gheldof *et al.* (2006) efectuaram um estudo com o objectivo de verificar o poder preditivo de diversos factores psicossociais para a auto-percepção da Incapacidade. Foi analisada uma amostra de 890 trabalhadores no activo, que tivessem apresentado pelo menos um dia de Dor Lombar no ano anterior. Os resultados apurados permitiram concluir que as Crenças de medo-evitamento apresentaram um poder preditivo estatisticamente significativo para a auto-percepção da Incapacidade ( $\beta = 0,25$ ;  $p < 0,001$ ) e explicam adicionalmente 5% da variância verificada.

No estudo efectuado por Grotle *et al.* (2004) um dos objectivos foi o de verificar qual a relação existente entre as elevadas Crenças de medo-evitamento e os níveis Incapacidade auto-percepcionada nos utentes com Dor Lombar Aguda, bem como o contributo das referidas Crenças para o absentismo à actividade profissional. Foram utilizados o *FABQ* para a avaliação das Crenças de medo-evitamento e o *Oswestry Disability Index* para a avaliação da Incapacidade numa amostra de 123 utentes com Dor Lombar Aguda. Os resultados obtidos através da análise de regressão linear permitiram verificar a existência de um poder preditivo significativo entre a sub-escala da Actividade Física (*FABQ*), e a Incapacidade auto-percepcionada ( $\beta = 0,60$ ;  $p = 0,002$ ), enquanto a sub-escala relativa ao Trabalho apresentou uma relação significativa na previsão do risco para o absentismo profissional nestes utentes agudos (OR= 1,06; IC 95%= 1,01-1,11;  $p = 0,01$ ). Esta forma, os autores concluíram que as Crenças relacionadas com a Actividade Física apresentam uma maior relação com a auto-percepção da Incapacidade, enquanto as



Crenças relativas ao Trabalho apresentam uma maior previsão do risco para o absentismo profissional.

Também Swinkels-Meewisse *et al.* (2003 e 2006) efectuaram dois estudos com o objectivo de verificar a relação existente alguns factores psicossociais (entre eles o medo-evitamento relativo à dor e ao movimento) com a auto-percepção dos níveis de Incapacidade. No primeiro estudo, analisaram uma amostra de 615 utentes e no segundo estudo, uma amostra de 96 utentes, ambas compostas por indivíduos com Dor Lombar Aguda. Em ambos os trabalhos, o medo da dor e do movimento foi avaliado pela *TSK* e a auto-percepção da Incapacidade pelo *Roland Disability Questionnaire (RDQ)*. No primeiro estudo, os resultados apresentados demonstraram uma correlação estatisticamente significativa entre as Crenças de evitamento e a auto-percepção dos níveis de Incapacidade ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ) bem como o seu poder preditivo ( $\beta = 0,22$ ;  $p < 0,001$ ). No segundo estudo, os resultados foram similares corroborando as mesmas conclusões. Foram verificados valores de correlação significativos ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,001$ ) bem como os valores obtidos na análise de regressão linear ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,003$ ). Em ambos os estudos foi possível concluir a verificação de correlações estatisticamente significativas entre o evitamento do movimento e a auto-percepção da Incapacidade, bem como o seu poder preditivo.

Num estudo com objectivo diferente do anteriormente apresentado por estes autores, Gheldof *et al.* (2005) pretenderam investigar a relação entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e o recurso à baixa médica. Foram avaliados inicialmente 1294 indivíduos de diferentes nacionalidades, utilizando-se para tal diversos instrumentos, entre eles o *Nordic Questionnaire on LBP* (para a avaliação da Incapacidade associada à Dor Lombar, o absentismo à actividade profissional e o recurso à baixa médica) e a sub-escala do *FABQ* relativa à existência de Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho. Entre os indivíduos que apresentaram a condição de Dor Lombar ( $n=890$ ), 65% continuaram a exercer a sua actividade profissional apesar da condição, 27% apresentaram um período de absentismo de curta duração (de 1-30 dias), e os restantes 8%, um período de absentismo de longa duração ( $> 30$  dias). Os resultados verificados após um período de *follow-up* de um ano permitiram concluir que a existência de elevadas Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho estão associadas aumento o risco de absentismo profissional de curta ( $OR = 1,88$ ;  $IC\ 95\% = 1,11-3,18$ ;  $p < 0,05$ ) e de longa duração ( $OR = 6,35$ ;  $IC\ 95\% = 1,15-35,25$ ;  $p < 0,05$ ) bem como ao recurso consequente à baixa médica.

No estudo desenvolvido por Fritz *et al.* (2001) com o objectivo de verificar o contributo das Crenças de medo-evitamento para a Incapacidade e para a actividade profissional, os autores analisaram uma amostra de 78 utentes com Dor Lombar Aguda, associada à sua actividade profissional. Após um período de *follow-up* de 4 semanas, concluíram que as Crenças de medo-evitamento apresentaram um poder preditivo relativamente à Incapacidade verificada e ao absentismo à actividade profissional, explicando cerca de 21% ( $r^2$  ajustado = 0,21) da Incapacidade associada à actividade profissional. Concluíram ainda que as Crenças de medo-evitamento poderão ser um factor importante para a explicação da transição entre a fase aguda e crónica da condição.

Storheim *et al.* (2005) efectuaram um estudo com uma amostra de 93 utentes não crónicos, que tivessem apresentado um período de absentismo profissional de 8 a 12 semanas. Um dos objectivos do seu trabalho foi o de verificar o contributo preditivo das Crenças de medo-evitamento relacionadas com Trabalho para a Incapacidade verificada e para o absentismo profissional. Após um período de *follow-up* de um ano, os autores concluíram que 78,5% dos indivíduos da amostra tinham regressado à sua actividade profissional anterior, e que as Crenças de medo-evitamento apresentaram o maior risco relativo ( $\beta = -0,079$ ; *Modelo de Regressão de Cox* = 0,49 (1SD); IC 95% = 0,38-0,64;  $p < 0,001$ ) para o não retorno à actividade profissional após o período de *follow-up*.

Em 2004, Burton *et al.* desenvolveram um estudo no qual acompanharam uma amostra de 252 utentes com Dor Lombar por um período de *follow-up* de 4 anos. Um dos objectivos deste estudo consistiu em analisar o curso de longa duração destes utentes e verificar o poder preditivo de diferentes factores para a evolução da sua condição. No final do período de *follow-up*, os autores referiram não ter conseguido quantificar o real contributo das Crenças de medo-evitamento, embora os resultados obtidos confirmem o seu contributo para a existência de novos episódios de recorrência. As suas conclusões permitiram no entanto verificar que entre os utentes que completaram o estudo ( $n=151$ ), 49% dos indivíduos continuavam a referir uma Incapacidade residual e 59% referiram apresentar dor moderada ou elevada. Quanto à recorrência da condição, 78% da amostra apresentou pelo menos um episódio de recorrência (após o primeiro ano) sendo que metade desta percentagem voltou a procurar auxílio médico.

Como referido anteriormente, diversos estudos demonstraram uma relação significativa entre a existência de Crenças de medo-evitamento e a Incapacidade. Foi possível constatar que a utilização do *FABQ* como instrumento para avaliar os níveis de Crenças de medo-

evitamento existentes nos utentes com Dor Lombar é apropriada (Waddell, 1993; Crombez *et al.*, 1999; Klenerman *et al.*, 1995; Buer & Linton, 2002; Gheldof *et al.*, 2005). De seguida, pretendemos estudar o contributo de cada um dos tipos de Crenças que são avaliadas com este instrumento (Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e ao Trabalho, através das sub-escalas respectivas) com a Incapacidade.

Waddell *et al.* (1993) avaliaram 210 utentes, com o objectivo de verificar o poder preditivo das Crenças de medo-evitamento para a Incapacidade, concluindo que as duas sub-escalas do questionário de Crenças de medo-evitamento explicam 32% da Incapacidade verificada nos utentes com Dor Lombar, estando os níveis mais elevados de Crenças associadas aos níveis mais elevados de Incapacidade. No estudo de Mannion *et al.* (2001) com o objectivo de avaliar a influência da dor, dos factores psicológicas e dos factores psicossociais para a Incapacidade auto-reportada, foram estudados 148 utentes com DCL, tendo-se verificado que a redução dos *scores* combinados das duas sub-escalas do questionário estavam directamente relacionadas com a redução da Incapacidade, embora não tenham conseguido apurar qual o tipo de crenças que mais contribuíram para essa redução.

Crombez *et al.* (1999) desenvolveram um estudo com vários objectivos, entre os quais pretenderam verificar a associação entre as Crenças de medo-evitamento e a Incapacidade. Os autores avaliaram 104 utentes com DCL e concluíram que quer as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física ( $r=0,52$ ;  $p< 0,001$ ), quer as relativas ao Trabalho ( $r=0,63$ ;  $p< 0,001$ ) apresentam uma relação estatisticamente significativa com a Incapacidade. Posteriormente, o estudo de Woby, Watson, Roach e Urmston (2004a) com o objectivo de investigar a relação existente entre a capacidade de ajustamento à condição de DCL e as as Crenças de medo-evitamento ( $n=83$ ) demonstrou que as ambas as sub-escalas, e de forma independente, contribuem para a predição de Incapacidade nos utentes com DCL. A sub-escala das Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física explica 19% dessa Incapacidade e a sub-escala relativa ao Trabalho, 7% ( $r^2=0,19$  e  $r^2=0,07$  respectivamente) (Woby *et al.*, 2004a). Já em 2010, o estudo de George, Valencia e Beneciuk analisou 53 utentes com DCL, com o objectivo de avaliar validade teste-reteste das capacidades psicométricas do Modelo de Crenças de medo-evitamento. Os autores verificaram que 23% e 8% ( $p < 0,01$ ) da Incapacidade verificada nos utentes dessa amostra se deviam à existência de Crenças de medo-evitamento relacionas com a Actividade Física e com o Trabalho (George *et al.*, 2010).

Tendo por base alguns estudos correlacionais, os resultados entre a relevância de cada uma das sub-escalas para a Incapacidade revelaram-se inconsistentes. Nos estudos de Waddell *et al.*, (1993) e Crombez *et al.*, (1999), as crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho foram consideradas as principais responsáveis pela variância ocorrida na Incapacidade. Contrariamente, os estudos de van den Hout *et al.*, (2001) e Woby *et al.* (2004a) identificaram as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física como as mais importantes para essa variabilidade. Num estudo subsequente com o objectivo de avaliar se as alterações verificadas nos factores cognitivos estavam relacionadas com a alteração da Incapacidade nos utentes com DCL ( $n=54$ ) Woby *et al.* (2004b) concluíram que através do coeficiente beta encontrado, apenas as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física apresentavam poder preditivo relativamente à Incapacidade ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ) estando assim a verificação dos níveis mais elevados destas Crenças associadas aos maiores níveis de Incapacidade. Estes resultados foram coincidentes aos encontrados por van den Hout *et al.* (2001) tendo-se verificado que as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho não são preditivas para a Incapacidade reportada pelos utentes com DCL.

Em contraste com os estudos correlacionais descritos, Crombez *et al.* e Fritz *et al.* (2003) não verificaram qualquer relação significativa entre as duas sub-escalas do questionário, suportando assim o conceito de que a sub-escala da Actividade Física e a sub-escala do Trabalho são conceptualmente distintas (Waddell *et al.*, 1993). Em 2001, Fritz *et al.*, demonstraram que os coeficientes de correlação verificados entre as sub-escalas relativas ao Trabalho e à Actividade Física com a Incapacidade reportada em utentes com Dor Lombar Aguda apresentam valores de  $r=0,40$  e  $r=0,34$  respectivamente, apresentando uma magnitude similar à verificada nos estudos efectuados em utentes com DCL (Waddell *et al.*, 1993; Crombez *et al.*, 1999) que variaram entre  $r=0,37$  a  $r=0,55$ .

Por fim, um elemento que deve ser tido em consideração prende-se como o facto de que as Crenças de medo-evitamento podem aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de novos episódios de Dor Lombar nos utentes periodicamente assintomáticos, podendo igualmente aumentar o risco para a continuidade da Incapacidade associada à condição e também para a manutenção dessa Incapacidade quando essa condição se torna crónica (Leeuw *et al.*, 2007b).

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Identificação dos Objectivos do Estudo

De acordo com a revisão efectuada no capítulo anterior, o absentismo à actividade profissional nos utentes com Dor Lombar parece estar relacionado com a existência de níveis mais elevados de Incapacidade (Waddell & Burton, 2001). Do mesmo modo, também na condição de DCL esta relação foi estudada, verificando-se igualmente que os níveis mais elevados de Incapacidade na fase inicial da condição apresentam maior impacto no absentismo à actividade profissional (van Tulder *et al.*, 2002).

A Incapacidade é comum nos utentes com DCL e parece depender mais dos factores psicossociais do que das características fisiológicas da condição (Main *et al.*, 2010). Os factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento, têm sido identificados na literatura como os factores com maior poder preditivo para a existência de Incapacidade relacionada com a actividade profissional (Grotle *et al.*, 2004).

Segundo Chen *et al.* (2007) a utilização apenas do regresso à actividade profissional para avaliar a recuperação funcional dos utentes pode subestimar a realidade da Incapacidade associada à Dor Crónica Lombar, uma vez que numa elevada percentagem de utentes esta persiste após esse regresso (Chen *et al.*, 2007). Para além deste facto, a utilização de índices dicotómicos (regresso/não regresso) para avaliar o regresso à actividade profissional poderá não apresentar uma validade efectiva, visto a sua análise não permitir avaliar em que condições se dá esse regresso, nem se este é seguido de novos episódios de recidiva ou novos períodos de absentismo (Dionne *et al.*, 2007).

A investigação efectuada acerca do regresso à actividade profissional após as situações de agudização da Dor Lombar é escassa ou mesmo inexistente no nosso país. Apesar de existirem alguns trabalhos sobre a percentagem de sucesso/insucesso no retorno à actividade profissional noutros países, do nosso conhecimento, em Portugal, não existem estudos que tenham avaliado esta situação ou que tenham estudado a influência dos níveis de Incapacidade auto-reportados nos períodos de agudização no índice de sucesso ao regresso à actividade profissional em utentes com esta condição. Também, não parecem existir no nosso país estudos que relacionem as variáveis psicossociais com os níveis de Incapacidade auto-reportados nesses períodos de agudização dos sintomas.

Assim, este estudo teve por objectivo analisar prospectivamente a capacidade de retorno à actividade profissional em utentes com DCL, que procuraram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, e averiguar a sua relação com os níveis de Incapacidade auto-reportados. Secundariamente pretendeu-se analisar a influência dos factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento, nos níveis de Incapacidade auto-reportada observados.

A avaliação de utentes com DCL que não retornaram à actividade profissional após as intervenções realizadas, identificou a Incapacidade funcional como um factor relevante e que apresenta uma relação bem estabelecida no que diz respeito ao retorno ou não a essa actividade (Reme *et al.*, 2009). Tal constatação leva-nos a considerar a existência de uma possível relação entre os níveis de Incapacidade auto-reportados e o Regresso ao Trabalho em Boas Condições nos utentes com DCL (H1).

Relativamente à influência dos factores psicossociais nos níveis de Incapacidade, inúmeros estudos sobre as Crenças de medo-evitamento demonstraram que o medo relacionado com a dor é um dos factores com maior poder preditivo para um baixo desempenho funcional e para uma elevada Incapacidade auto-reportada (Vlaeyen & Linton, 2000). Os resultados destes estudos levam-nos a ponderar a existência de uma associação entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e a Incapacidade (H2) e/ou a existência de uma relação similar entre as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física com essa mesma Incapacidade (H3).

De acordo com os argumentos supracitados, foram definidas as seguintes Hipóteses de Investigação.

## 2.2 Hipóteses de Investigação

H1: Existe uma associação negativa e significativa entre a **Incapacidade** funcional auto-reportada pelos indivíduos com DCL, em situação de agudização dos seus sintomas, e o sucesso no **Regresso ao Trabalho em Boas Condições**, pressupondo-se assim que os indivíduos com maiores níveis de Incapacidade terão menores índices de sucesso no Regresso ao Trabalho em Boas Condições.

H2: Existe uma relação positiva e significativa entre as **Crenças de medo-evitamento** relacionadas com o **Trabalho** e a **Incapacidade** funcional reportada pelos indivíduos com DCL, em situação de agudização dos seus sintomas, isto é; os indivíduos

com níveis de Crenças de medo-evitamento relacionadas com o Trabalho mais elevadas apresentem um maior nível de Incapacidade funcional.

H3: Existe uma relação positiva e significativa entre as **Crenças de medo-evitamento** relacionadas com a **Actividade Física** e a **Incapacidade** funcional reportada por indivíduos com DCL, em situação de agudização dos seus sintomas. Do mesmo modo, pretendemos averiguar se os indivíduos com níveis de Crenças de medo-evitamento relacionadas com a Actividade Física mais elevadas apresentem maior nível de Incapacidade funcional.

## 2.3 Variáveis

Tendo por base as hipóteses levantadas, as variáveis analisadas neste estudo foram: o “Regresso ao Trabalho em Boas Condições”, a Incapacidade e as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física (AF) e ao Trabalho (T). Desta forma, e de acordo com a literatura analisada, definimos na hipótese 1 (H1) a Incapacidade como a variável que vamos controlar (variável independente) para podermos verificar qual a sua associação com o sucesso verificado no Regresso ao Trabalho em Boas Condições (variável dependente) nos utentes com DCL em situação de agudização dos seus sintomas.

Para as restantes hipóteses (H2 e H3), e uma vez que pretendemos averiguar qual o contributo das Crenças de medo-evitamento para os níveis de Incapacidade auto-reportados, controlámos as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física (variável independente) e as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho (variável independente) tentando compreender como estas contribuem para a Incapacidade (variável dependente) percebida.

## 2.4 Tipo de Estudo

Utilizou-se um estudo observacional correlacional, de desenho longitudinal, através do qual se observou uma amostra de utentes com DCL durante o período de 12 semanas para verificar a natureza e amplitude das relações entre as variáveis independentes: Incapacidade (H1), Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho (H2) e Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física (H3), e as variáveis dependentes: Regresso ao Trabalho em Boas Condições (H1) e Incapacidade (H2 e H3).

## **2.5. Amostra**

Este estudo incluiu uma amostra inicial de 56 utentes, com a condição de DCL não-específica (mais de 3 meses de evolução) com idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos. No final do período de *follow-up* a amostra analisada foi constituída por 42 utentes que exerciam uma actividade profissional regular e que devido à condição de Dor Lombar tiveram a necessidade de se ausentar da sua actividade profissional normal. Os 14 indivíduos excluídos da análise de dados corresponderam aqueles que abandonaram o estudo, que se reformaram durante esse período, que apresentaram outras condições de saúde que impediram a sua continuidade ou que não responderam ao contacto telefónico efectuado aos 3 meses.

### **2.5.1. Método de Amostragem**

A amostra estudada, não aleatorizada ou não-causal, foi seleccionada por conveniência devido à facilidade de acesso por parte do investigador (Hill & Hill, 2005). Foram considerados elegíveis os utentes que apresentassem uma condição de DCL de origem não-específica e que tivessem tido pelo menos um período de absentismo à sua actividade profissional  $\geq$  a 1 dia devido à condição (Dionne *et al.*, 2005). Foram excluídos os indivíduos que apresentassem outras condições que pudessem afectar a sua actividade profissional de forma significativa (como utentes grávidas ou com comorbilidades graves) incluindo aqueles que apresentassem alguma das “*red flag*” para esta condição, uma vez que não podemos considerar estes indivíduos como apresentando uma condição benigna de Dor Lombar não-específica, existindo uma causa bem identificada para a existência dos seus sintomas.

### **2.5.2. Recrutamento da amostra, Locais e Períodos de Recolha dos Dados**

Este estudo foi realizado na região de Setúbal e Lisboa entre o período de Agosto de 2010 e Abril de 2011. Os locais onde os dados foram recolhidos consistiram em duas clínicas privadas com serviços de Fisioterapia nas regiões identificadas.

O recrutamento dos indivíduos que constituíram a amostra foi efectuado na respectiva clínica onde o utente se encontrava a realizar os seus tratamentos de Fisioterapia. Em primeiro lugar foram analisados os registos clínicos pelo investigador com o objectivo de verificar quais os utentes que estavam a efectuar tratamentos e que



apresentavam a condição de Dor Lombar. Através da análise dos processos clínicos o investigador seleccionou os utentes que apresentam sintomatologia com mais de 3 meses de evolução e que não possuíam nenhuma das “*red flags*”<sup>6</sup> definidas como critérios de exclusão. Aqueles que cumpriam estes requisitos foram contactados telefonicamente pelo investigador com o intuito de explicar os objectivos do estudo, os seus procedimentos e as suas implicações tendo-se agendado uma entrevista presencial para a realização da avaliação inicial com aqueles que aceitaram participar no estudo. Nesta avaliação foi solicitado ao utente o seu Consentimento Informado por escrito (Apêndice A).

### 2.5.3. Aspectos Éticos

Os indivíduos elegíveis receberam informações claras sobre os objectivos deste estudo e o contexto em que foi efectuado. Foi clarificada a voluntariedade da sua participação e assegurada a garantia de que poderiam interromper a sua participação em qualquer altura, sem que esse facto implicasse qualquer constrangimento ou dano relativamente ao seu tratamento. Foi igualmente assegurado o anonimato da sua participação e de todos os dados recolhidos durante a execução deste estudo. Esse anonimato foi assegurado pelo investigador através da atribuição de um número de codificação a todos os instrumentos de avaliação utilizados. Os indivíduos que aceitaram participar assinaram o termo de Consentimento Informado.

## 2.6 Instrumentos de Avaliação

### 2.6.1. Regresso ao Trabalho em Boas Condições

A variável principal analisada neste estudo foi o ***Regresso ao Trabalho em Boas Condições***. Esta variável foi classificada através da *tabela de "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"* desenvolvida por Dionne *et al.* (2005). Nesta tabela são tidos em

---

<sup>6</sup> As “red flags” são consideradas indicadores da existência de uma possível patologia de maior gravidade subjacente, que sugerem o encaminhamento médico (Ferguson, Holdsworth & Rafferty, 2010). Na condição de Dor Lombar estas estão descritas como: fracturas vertebrais, compressão medular ou da raiz nervosa, osteomielite, tumores (Low, Lai & Connaughton, 2006) história recente de trauma, deficit neurológico generalizado, síndrome de cauda equina, fraqueza generalizada nos membros inferiores, utilização abusiva de drogas ou vírus de imunodeficiência humana (Ferguson *et al.*, 2010).

consideração 3 aspectos ocupacionais distintos relativos à condição de Dor Lombar: o estatuto profissional actual, isto é, se o utente se encontra a trabalhar como antes do início dos sintomas ou se continua ausente da sua actividade profissional devido à condição; os níveis de Incapacidade funcional que estes utentes apresentam ( $>$  ou  $<$  que 30%); e por fim, o número de dias de absentismo existentes desde a avaliação inicial (+ ou – que 5 dias). De acordo com estes factores a variável pode assumir 4 categorias distintas: *Sucesso*, *Sucesso Parcial*, *Falha Após Tentativa* e *Falha*.

De acordo com as categorias possíveis, O *Sucesso* refere-se aqueles utentes que já voltaram à sua actividade profissional anterior, que não estiveram ausentes por mais de 5 dias (nos últimos 3 meses) e que não apresentam limitações funcionais superiores a 30%; enquanto que a *Falha* se reporta aos utentes que não retomaram a sua actividade profissional, nem efectuaram qualquer tentativa nesse sentido devido à condição. As restantes categorias encontram-se situadas entre estas duas e a sua classificação é efectuada tendo em consideração os mesmos factores (ver Figura 3, ver página seguinte).

Como referido anteriormente, Dionne *et al.* (2005) desenvolveram este instrumento baseando-se no sistema de classificação de Baldwin *et al.* (1996) e tendo por base a avaliação dos factores físicos e psicossociais da condição. No estudo de validação efectuado, os autores utilizaram uma amostra de 40 indivíduos, sendo o estatuto profissional actual auto-reportado pelos elementos da amostra e verificaram a existência de correlação (*intraclass coefficient correlating – ICC*) entre as duas avaliações efectuadas no que se referia ao número de dias de trabalho modificado em resultado da Incapacidade associada condição,  $ICC=0,97$ ;  $p=0,05$  e intervalos de confiança 0,93-0,98 e o número de dias de absentismo à actividade devido à condição,  $ICC=0,99$ ;  $p=0,05$  e intervalos de confiança 0,98-1. Após esta primeira validação, os autores aplicaram este método de classificação a uma amostra mais alargada ( $n=337$ ) com o intuito de testar as características do instrumento. Obtiveram um valor de *sensibilidade* de 79,0%, *especificidade* de 64,3%, *valor preditivo positivo* de 31,0% e *valor preditivo negativo* de 93,8% (Dionne *et al.*, 2005).

Na figura seguinte (Figura 3, ver página seguinte) são apresentadas as diferentes categorias e os factores utilizados para a classificação dos utentes de acordo com as características apresentadas.

<b><i>Regresso ao Trabalho em Boas Condições</i></b>	
<b><i>Categorias</i></b>	<b><i>Factores de Classificação</i></b>
<b><i>Sucesso</i></b>	A exercer a actividade profissional normal (como antes da ocorrência da condição)
	<i>E</i> As limitações funcionais $\leq 30\%$
	<i>E</i> Não mais do que 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial
	<i>Ou</i> Outra situação não relacionada com a condição de Dor Lombar (exemplo, tornou-se dona de casa por opção)
<b><i>Sucesso Parcial</i></b>	
<b><i>Hipótese 1</i></b>	A trabalhar regularmente
	<i>E</i> As limitações funcionais $\leq 30\%$
	<i>e</i> Mais de 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial
	<i>Ou</i>
<b><i>Hipótese 2</i></b>	A trabalhar regularmente
	<i>E</i> As limitações funcionais $> 30\%$
	<i>e</i> Não mais do que 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial
	<i>Ou</i>
<b><i>Hipótese 3</i></b>	A trabalhar regularmente
	<i>E</i> As limitações funcionais $> 30\%$
	<i>E</i> Mais de 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação
<b><i>Falha Após Tentativa</i></b>	Ausente da actividade profissional regular devido à condição de Dor Lombar, a partir da avaliação inicial.
	<i>E</i> Pelo menos uma tentativa de retornar à actividade profissional regular desde a avaliação inicial.
<b><i>Falha</i></b>	Ausente da actividade profissional regular devido à condição de Dor Lombar.
	<i>E</i> Nenhuma tentativa de voltar à actividade profissional até agora.

**Figura 3** - Tabela das categorias da variável "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"

### 2.6.2. Incapacidade

No que se refere à avaliação da Incapacidade, o instrumento utilizado foi a *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec* (Anexo 1) (versão portuguesa da *Quebec Back Pain Disability Scale*).

Este instrumento foi desenvolvido originalmente por Kopec *et al.* em 1995. Trata-se de uma escala constituída por 20 itens que tem como objectivo medir os níveis de Incapacidade funcional nos utentes com Dor Lombar. Cada item é pontuado numa escala de 6 pontos (sendo o 0 - sem dificuldade nenhuma e 5 - incapaz de realizar), sendo o *score* total calculado através da soma das pontuações de cada item, podendo variar entre 0 e 100. Os *scores* mais elevados corresponderão a maiores níveis de Incapacidade. De acordo com o estudo de Reneman, Jorritsma, Schellekens e Goeken (2002) os *scores*, que variem entre 0 e 30 indicam a existência de uma Incapacidade funcional baixa e os *scores* acima dos 50 indicam um nível de incapacidade funcional considerável (Reneman *et al.*, 2002).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, foi demonstrado que este instrumento apresenta boa fidedignidade teste-reteste ( $r = 0.92$ ) (Kopec *et al.*, 1995, 1996), boa consistência interna dos itens (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach's = 0.96) (Kopec *et al.*, 1995), boa validade de construto, excelente validade de conteúdo (quando comparado a outras escalas igualmente destinadas à avaliação da Incapacidade de Dor Lombar), assim como boa validade simultânea quando comparada com outros instrumentos (por exemplo: a *Oswestry Low Back Pain Disability*;  $r = 0.80$ ) (Kopec *et al.*, 1995), boa sensibilidade (semelhante à verificada da *Roland-Morris Disability Questionnaire* e *Oswestry Low Back Pain Disability*) e por fim, boa validade aparente e aceitabilidade por parte dos utentes e profissionais de saúde (Kopec *et al.*, 1996; Schoppink *et al.*, 1996; Kopec, 2000; Davidson & Keating, 2002; Fritz & Irrgang, 2001; Peat, 2004).

A selecção deste instrumento deveu-se ao facto de pretendermos avaliar a Incapacidade auto-percepcionada pelos utentes com DCL e de este instrumento ser simples de compreender e de rápido preenchimento (3 a 5 minutos). Os 20 itens analisados correspondem a diferentes actividades diárias como “Levantar-se da cama”, “Estar sentado numa cadeira várias horas”, “Alcançar prateleiras altas” ou “Carregar dois sacos de compras”, todas elas actividades facilmente identificadas e reproduzidas no quotidiano dos utentes. Utilizou-se a versão portuguesa (*Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec*) validada por Nunes, Ribeiro e Cruz em 2005 e que mantém as propriedades psicométricas de fidedignidade teste-reteste ( $r = 0,783$ ; *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) = 0,781) e consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.943 no primeiro preenchimento e de 0.952 após uma semana; *Item Total Correlation* (ITC) entre 0.575 e 0.841 na primeira avaliação e entre 0.582 e 0.802 após uma semana) da versão original (Nunes, Ribeiro, Cruz, 2005).

### 2.6.3. Crenças de medo-evitamento

Outra das variáveis analisadas foi a existência de Crenças de medo-evitamento da dor relativas à condição de Dor Lombar. O instrumento utilizado para esta avaliação foi o *Questionário de Crenças de Medo/Evitamento da Dor* (Anexo 2) (versão portuguesa do *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*, desenvolvido por Waddell *et al.*, 1993).

O *Questionário de Crenças de Medo/Evitamento da Dor* é um questionário de auto-avaliação composto por 16 itens, relativos às crenças individuais sobre o medo-evitamento da dor. É composto por 2 sub-escalas distintas que pretendem medir a existência dessas crenças: uma referente à Actividade Física e outra associada ao Trabalho. Os itens são respondidos utilizando uma escala de *Likerd* de 7 pontos (sendo os números mais elevados associados a maiores níveis de crenças), que varia de "discordo completamente" a "concordo completamente" e incluem afirmações como: "A actividade física faz piorar a minha dor" ou "O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore."

Embora o questionário contenha 16 itens, apenas 4 dos 5 itens são utilizados na sub-escala de Actividade Física e somente 7 dos 11 na sub-escala de Trabalho. O *score* resultante da soma de todos os 16 itens geralmente não é utilizado na identificação das crenças dos utentes. Assim, e utilizando apenas as questões aconselhadas em ambas as sub-escalas, (itens 2, 3, 4 e 5 na sub-escala de Actividade Física e as questões 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 14 na sub-escala relativa ao Trabalho, na versão portuguesa do questionário) o *score* máximo será de 24 e 42 respectivamente. As instruções sobre o preenchimento e pontuação não apresentam indicações específicas sobre quais os valores considerados efectivos para a identificação dos utentes com maior ou menor risco. Desta forma, associam-se os *scores* mais elevados à existência de crenças mais demarcadas e um risco mais provável desses utentes apresentarem maiores níveis de Incapacidade relacionada com a Actividade Física e com o Trabalho.

Burton *et al.* (1999) propôs que um *score* superior a 15 pontos na sub-escala da Actividade Física seria indicador de elevadas crenças de medo-evitamento, contudo esta referência foi obtida através do cálculo do valor da mediana dos *scores* não demonstrando por isso informação acerca do aumento da probabilidade de Incapacidade prolongada. Num estudo efectuado com um grupo de utentes com Dor Lombar Aguda, Fritz & George (2002) concluíram que *scores* superiores a 34 pontos na sub-escala do Trabalho estavam associados a um aumento do risco desses utentes não voltarem ao trabalho (*positive likelihood ratio* = 3,33;  $p = 0,05$ ) e que *scores* inferiores a 29 pontos na mesma sub-escala,

estavam associados a uma diminuição do risco dos respectivos utentes não voltarem à actividade profissional (*negative likelihood ratio* = 0,08;  $p = 0,05$ ).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, a versão original deste instrumento apresentou níveis de fidedignidade teste-reteste aceitáveis para todos os itens e um *Kappa de Cohen* médio para todos os 16 itens de  $k = 0,74$ . A correlação entre os resultados das duas aplicações foi de  $r=0,95$  (sub-escala de Actividade Física) e  $r=0,88$  (sub-escala de Trabalho) enquanto a consistência interna verificada com o  $\alpha$  de Cronbach foi de  $\alpha=0,88$  para a primeira sub-escala e  $\alpha=0,77$  para a segunda, mostrando a estabilidade estatística da estrutura do questionário em dois sub-grupos (Waddell *et al.*, 1993).

A selecção deste instrumento deveu-se à sua especificidade quanto à verificação e quantificação dos níveis de Crenças de medo-evitamento relacionadas com Trabalho e Actividade Física nos utentes com a condição de Dor Lombar (Waddell *et al.*, 1993), sendo apontado por vários autores como apropriado para identificar os utentes que apresentam elevadas Crenças de medo-evitamento e que possam estar em risco de desenvolver Incapacidade prolongada (Fritz & George, 2002; Vlaeyen & Linton 2000).

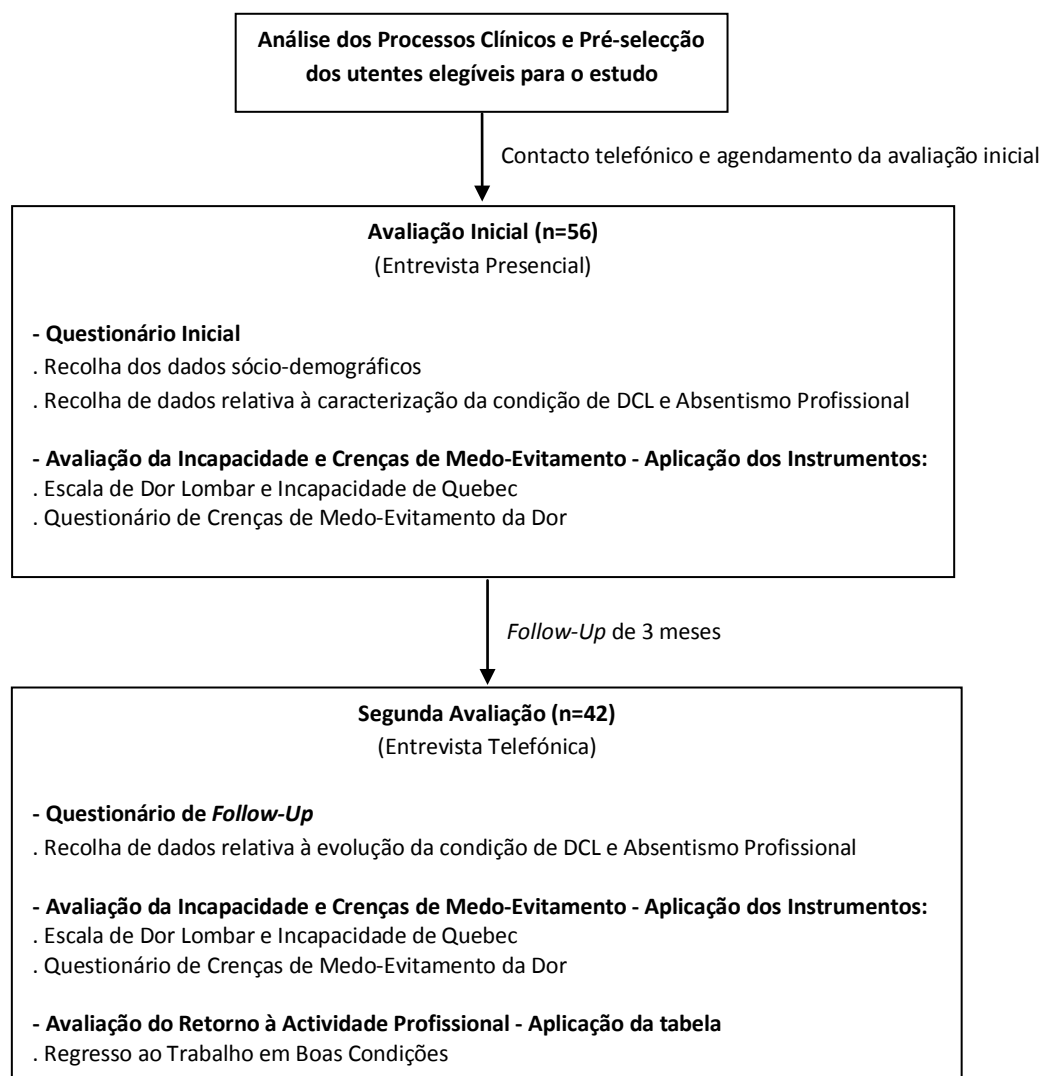
O instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Gonçalves & Cruz (2004), tendo sido verificada boa conformidade nas suas propriedades psicométricas. A concordância obtida pelo *Kappa de Cohen* médio para todos os 16 itens foi de  $k = 0,77$  e os resultados das correlações foram de  $r=0,84$  na sub-escala de Actividade Física e  $r=0,91$  na sub-escala do Trabalho, obtendo-se um valor médio de todo o questionário de  $r=0,92$ , considerado como uma correlação muito alta (Pestana & Gageiro, 2000). Quanto à consistência interna verificada, esta foi de  $\alpha=0,96$  na sub-escala do Trabalho e  $\alpha=0,64$  na sub-escala de Actividade Física, garantindo assim uma excelente homogeneidade e coerência desta versão (Gonçalves & Cruz, 2007).

Durante a adaptação e validação do instrumento os autores retiraram a questão 8 do questionário original (“*I have a claim for compensation for my pain*”) traduzida para o português como “*Eu fiz um pedido de compensação laboral por causa da minha dor*”. Esta opção deveu-se a inconsistência de associação desta questão com ambas as sub-escalas, aos problemas verificados durante o processo de tradução, tendo levantado dúvidas quanto à sua clareza e compreensão por parte dos utentes e o aumento da consistência interna do questionário com a sua exclusão. Os autores defendem que esta alteração facilita a interpretação do questionário por parte do utente e do avaliador (Gonçalves & Cruz, 2007).

Devido à alteração efectuada, a numeração referente às questões utilizadas para o cálculo do *score* na sub-escala do Trabalho na versão portuguesa difere da utilizada na versão original.

## 2.7. Recolha de Dados

A recolha dos dados foi efectuada pelo investigador e decorreu em dois momentos distintos. A avaliação inicial foi efectuada durante os meses de Agosto a Novembro de 2010 e a segunda avaliação (*follow-up* aos 3 meses) entre os meses de Dezembro de 2010 e Fevereiro de 2011, respeitando assim o período de 12 semanas requerido para a segunda avaliação (Dionne *et al.*, 2005, 2007) (ver Figura 4).



**Figura 4** – Desenho do Estudo, recolha de dados e Instrumentos de Avaliação

O primeiro momento teve como objectivos caracterizar a condição de DCL apresentada pelos indivíduos e avaliar os níveis de Incapacidade auto-reportados, as Crenças de medo-evitamento existentes e verificar qual o impacto da condição no absentismo à actividade profissional. No segundo momento, foram reavaliados os níveis de Incapacidade e a existência das Crenças de medo-evitamento, tendo sido efectuada igualmente a avaliação do retorno ou não dos elementos da amostra à sua actividade anterior, de acordo com os factores utilizados para a classificação na tabela de Regresso ao Trabalho em Boas Condições.

A avaliação inicial foi efectuada pelo investigador, através de uma entrevista presencial e iniciou-se com a aplicação do *Questionário Inicial*, onde foram recolhidos os dados sócio-demográficos, os contactos telefónicos necessários para a avaliação posterior (*follow-up*) bem como alguns aspectos relativos às características da condição, ao absentismo à actividade profissional consequente e a percepção do utente relativamente à provável causa para a origem da sintomatologia (Apêndice B).

Também nesta avaliação foram aplicados os instrumentos para avaliação das variáveis em estudo: a Incapacidade através da *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec* e as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e ao Trabalho através do *Questionário de Crenças de Medo-Evitamento da Dor*.

Com o intervalo de 12 semanas (3 meses) foi efectuada a segunda avaliação. Esta foi realizada pelo investigador e consistiu numa entrevista efectuada telefonicamente. Iniciou-se com a aplicação do *Questionário de Follow-Up* (Apêndice C) que permitiu recolher novas informações sobre a evolução da condição e sobre a existência de novos episódios de agudização dos sintomas durante o período decorrido. Para a reavaliação da Incapacidade e Crenças de medo-evitamento foram utilizados novamente os respectivos instrumentos de avaliação e por fim foi utilizada a Tabela de Regresso ao Trabalho em Boas Condições (apresentada anteriormente) para avaliar o sucesso ou não no retorno à actividade profissional e em que condições se deu esse regresso.

## **2.8. Análise dos dados**

Na análise estatística utilizou-se o PASW (*Predictive Analytics SoftWare*) Statistics Data Editor, na versão 18 para o Windows®. A análise dos dados foi efectuada tendo por base a análise das características sócio-demográficas e outros aspectos relacionados com a



condição, seguindo-se a análise das variáveis em estudo (Regresso ao Trabalho em Boas Condições, Incapacidade e Crenças de medo-evitamento), medidas através dos respectivos instrumentos. Estes dados foram sistematizados através da estatística descritiva, com recurso às medidas de tendência central e de dispersão.

Em seguida foram efectuados os testes de normalidade das variáveis em estudo. Uma vez que a amostra final analisada neste estudo é inferior a 50 indivíduos ( $n=42$ ), foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010)

Para a H1 e uma vez que a variável “Regresso ao Trabalho em Boas Condições” apresenta-se como uma variável ordinal qualitativa recorreu-se ao teste não-paramétrico, a *Correlação de Spearman* para verificar a existência ou não de associação entre essa variável e a Incapacidade, sendo o nível de significância considerado satisfatório de  $p \leq 0,05$ . Embora este teste não-paramétrico dispense a distribuição normal das variáveis (Pestana & Gageiro, 2008), esta foi verificada para a variável Incapacidade recorrendo-se ao teste de *Shapiro-Wilk*.

Relativamente às variáveis independentes estudadas nas hipóteses 2 e 3, verificámos que também estas apresentaram uma distribuição normal e linear, pelo que utilizámos os testes paramétricos, nomeadamente a *Correlação de Pearson* para verificar a relação existente entre as Crenças de medo-evitamento (relativas à Actividade Física e ao Trabalho) e a Incapacidade auto-reportada, sendo novamente o nível de significância para o qual os valores se consideram satisfatórios de  $p \leq 0,05$ . Para as correlações que apresentaram coeficientes estatisticamente significativos, efectuou-se a *Análise de Regressão Linear* para modelar a relação existente entre as variáveis e averiguar o valor preditivo das mesmas (Marôco, 2010).

### 3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo começaremos por fazer a análise descritiva dos dados referentes aos aspectos sócio-demográficos dos participantes do nosso estudo bem como as características principais da condição de DCL que apresentam. Procederemos também à apresentação e caracterização dos resultados obtidos relativamente às variáveis estudadas: Regresso à Actividade Profissional, Incapacidade e existência de Crenças de medo-evitamento, de acordo com os momentos em que foram avaliadas e após esta análise descritiva, propomos realizar a análise inferencial das variáveis em estudo com o objectivo de testar as hipóteses enumeradas no capítulo anterior.

#### 3.1 Caracterização da Amostra

##### 3.1.1 Caracterização dos aspectos sócio-demográficos da amostra

A amostra final foi constituída por 42 utentes com a condição de DCL que cumpriram os critérios de inclusão seleccionados. Quanto à sua caracterização, os elementos da amostra apresentaram idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos, sendo a sua média de 46,05 anos (Tabela 1). O género predominante foi o feminino, comportando 33 indivíduos (76,8%) (Tabela 2, ver página seguinte).

		<i>Idade</i>			
		$\bar{X}$	$S'$	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<b><i>Elementos da amostra (n)</i></b>	42	46,05	8,947	27	62

$\bar{X}$  - média;  $S'$  - desvio padrão

**Tabela 1 - Medidas Descritivas relativas à Idade**

<b>Género</b>		
	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Feminino</b>	33	78,6
<b>Masculino</b>	9	21,4
<b>Total (n)</b>	42	100

Tabela 2 - Distribuição da Frequência e Percentagens relativas ao Género

Os elementos da amostra são todos trabalhadores activos e apresentam actividades profissionais diversificadas, destacando-se contudo algumas como a profissão de Administrativo/a, Empregada de Limpeza e Operário/a Fabril, comportando estas actividades em conjunto 35,6% de toda a amostra (Tabela 3). Estas profissões implicam actividades como o manuseamento de pesos, posturas mantidas e utilização frequente do computador.

<b>Profissão</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<i>Administrativo/a</i>	9	21,4	<i>Jurista</i>	1	2,4
<i>Agente PSP</i>	1	2,4	<i>Motorista</i>	2	4,8
<i>Agente ZON</i>	1	2,4	<i>Notário</i>	1	2,4
<i>Aux. Acção Médica</i>	2	4,8	<i>Oper. Telemarketing</i>	1	2,4
<i>Aux. Educação</i>	2	4,8	<i>Operário/a Fabril</i>	3	7,1
<i>Bancário</i>	1	2,4	<i>Professor/a</i>	2	4,8
<i>Caixa Supermercado</i>	1	2,4	<i>Projectista Gráfico</i>	1	2,4
<i>Electricista EDP</i>	1	2,4	<i>Psicólogo</i>	1	2,4
<i>Empregada Limpeza</i>	3	7,1	<i>Recepcionista Hotel</i>	1	2,4
<i>Estivador</i>	1	2,4	<i>Repositor Comercial</i>	1	2,4
<i>Estofador</i>	1	2,4	<i>Soldador</i>	1	2,4
<i>Funcionário CTT</i>	1	2,4	<i>Vendedor/a</i>	2	4,8
<i>Hospedeira</i>	1	2,4	<b>Total</b>	42	100,0

Tabela 3 - Distribuição da Frequência e Percentagens relativas à Profissão

### 3.1.2 Caracterização da Condição de Dor Crónica Lombar no momento da 1ª Avaliação

Foi efectuada a caracterização da condição de Dor Crónica Lombar apresentada pelos elementos da amostra tendo-se procedido à análise de alguns dos seus aspectos clínicos de forma a identificar o impacto da mesma na vida dos utentes e na sua actividade profissional.

Todos os utentes analisados apresentavam uma condição com mais de 3 meses de evolução e na altura em que foi realizada a primeira avaliação encontravam-se a efectuar tratamentos de Fisioterapia devido à sintomatologia relacionada com as situações de recorrência de agudização dos seus sintomas. Foi apurado que em 33,3% da amostra estudada, esta nova situação de recorrência correspondeu à primeira vez que estes utentes voltaram a efectuar tratamentos de Fisioterapia devido à condição, embora tivessem referido episódios anteriores para os quais não efectuaram qualquer tratamento. Uma percentagem significativa (66,7%) dos utentes que se encontravam a efectuar tratamentos de Fisioterapia devido aos novos episódios de agudização dos seus sintomas tinham já experienciado vários episódios semelhantes e efectuado diversos períodos de tratamento ao longo do tempo (Tabela 4).

	<b><i>Recorrência de Episódios de DCL</i></b>	
	<b><i>n</i></b>	<b><i>Percentagem (%)</i></b>
<b><i>Primeira Recorrência</i></b>	14	33,3
<b><i>Mais que um Episódios de Recorrência</i></b>	28	66,7
<b><i>Total (n)</i></b>	42	100

Tabela 4 - Distribuição das Frequências e Percentagens da Recorrência dos Episódios de DCL

Uma vez que não foi objectivo do presente estudo controlar o tipo ou modalidade de tratamento efectuada, recolhemos esta informação de forma a completar a caracterização da condição na avaliação inicial. A Tabela 5 (ver página seguinte) ilustra os diversos tipos e modalidades de tratamento efectuadas pelos utentes aquando da avaliação inicial.

<b>Modalidades de Tratamento</b>	<b>Tratamentos Efectuados</b>	
	<b><i>n</i></b>	<b>Percentagem (%)</b>
<i>Fisioterapia</i>	19	45,2
<i>Fisioterapia/Acupunctura</i>	1	2,4
<i>Fisioterapia/Hidroterapia</i>	13	31,0
<i>Fisioterapia/Hidroterapia/Pilates</i>	1	2,4
<i>Fisioterapia/Medicação</i>	2	4,8
<i>Fisioterapia/Osteopatia</i>	1	2,4
<i>Fisioterapia/Pilates</i>	5	11,9
<b>Total</b>	42	100

**Tabela 5 - Distribuição das Frequências e Percentagens relativas ao Tipo de Tratamento Efectuado**

De forma a avaliar o impacto da DCL na actividade profissional dos utentes foram recolhidas informações sobre o tempo de absentismo profissional devido à condição e qual a percentagem de indivíduos que recorreram à baixa médica. Foi possível constatar que 76,2% dos inquiridos ( $n=32$ ) estavam (ou tinham estado) ausentes da sua actividade devido à incapacidade resultante da condição. Na tabela seguinte estão representadas as percentagens correspondentes a esse absentismo bem como o tempo médio de afastamento devido da condição (Tabela 6).

<b>Recorreu à Baixa Médica</b>	<b>Absentismo Profissional devido à DCL</b>					
	<b>Duração da Baixa Médica (Semanas)</b>					
	<b><i>n</i></b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><i>S'</i></b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b><i>Sim</i></b>	32	76,2	7,84	9,69	1	44
<b><i>Não</i></b>	10	23,8				
<b>Total (<i>n</i>)</b>	42	100				

$\bar{X}$  – média do período de absentismo (em semanas);  $S'$  – desvio padrão

**Tabela 6 - Distribuição das Frequências, Percentagens e Valores Descritivos dos períodos de Baixa Médica devido à DCL**

Por fim, e uma vez que pretendíamos identificar posteriormente a existência de Crenças de medo-evitamento nos elementos da amostra quisemos averiguar a sua percepção relativamente à causa para a origem da sua condição. As respostas foram variadas mas foi possível identificar que sobressaíram aquelas referentes à Actividade Profissional (26%;  $n = 11$ ). A tabela seguinte (Tabela 7) apresenta a auto-percepção da causa para a origem da condição na amostra estudada.

	<i>Origem da Condição</i>	
	<i>n</i>	Percentagem (%)
<b><i>Auto-percepção da Causa</i></b>		
<i>"A Idade"/"Desgaste"</i>	3	7,2
<i>Acidente Trabalho</i>	4	9,5
<i>Acidente Viação</i>	2	4,8
<i>Activ. Lúdica</i>	2	4,8
<i>Activ. Profissional</i>	11	26,2
<i>Activ. Vida Diária</i>	2	4,8
<i>Condução/Viagens de Automóvel</i>	4	9,5
<i>Excesso Peso</i>	1	2,4
<i>Transporte de Pesos</i>	4	9,5
<i>Postura Mantida</i>	4	9,5
<i>Queda</i>	2	4,8
<i>Não Sabe</i>	3	7,1
<b><i>Total</i></b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Tabela 7 - Distribuição das Frequências e Percentagens da auto-percepção do utente relativa à Origem da Condição**

A análise da tabela anterior permite verificar que 35,7% dos utentes identificou a sua Actividade Profissional ou a ocorrência de uma Acidente de Trabalho como a causa para a origem da sua condição. Desta forma, poderá ser esperado que se verifiquem níveis elevados das Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho numa percentagem significativa da amostra uma vez que estes indivíduos poderão reconhecer a sua actividade profissional como a principal responsável pela Incapacidade que apresentam.

### 3.1.3 Caracterização das variáveis *Incapacidade* e *Crenças de Medo-Evitamento*

Como complemento da avaliação inicial foram utilizados dois instrumentos de avaliação com o objectivo de estudar as variáveis *Incapacidade* e a existência de *Crenças de medo-evitamento* relativas à Actividade Física (Crenças AF) e ao Trabalho (Crenças T) (Tabela 8).

Relativamente à *Incapacidade*, medida através da *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec* verificou-se que os participantes apresentavam um valor médio de 35,62 pontos. A referida escala apresenta um *score* que varia de 0 a 100 pontos, podendo-se assim caracterizar os valores médios obtidos como referentes a uma Incapacidade moderada (Reneman *et al.*, 2002).

A existência de *Crenças de medo-evitamento* foi avaliada através do *Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor* que engloba duas sub-escalas; uma relativa à Actividade Física e outra ao Trabalho. Verificou-se que os *scores* médios apurados com este instrumento demonstraram a existência das Crenças de medo-evitamento associadas tanto à Actividade Física (Crenças AF=15,43 para um máximo de 22) como ao Trabalho (Crenças T=25,29 para um máximo de 42).

<b>Variáveis</b>	<b>Medidas de Distribuição</b>				
	<b><i>n</i></b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><i>S'</i></b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b><i>Incapacidade</i><sup>a</sup></b>	42	35,62	15,983	9	65
<b><i>Crenças AF</i><sup>b</sup></b>	42	15,43	4,804	6	23
<b><i>Crenças T</i><sup>c</sup></b>	42	25,29	7,494	12	41

*n* – número de elementos;  $\bar{X}$  - média; *S'* – desvio padrão

<sup>a</sup> avaliada com a Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec;

<sup>b</sup> avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Actividade Física);

<sup>c</sup> avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Trabalho)

**Tabela 8 - Medidas de Distribuição para as variáveis *Incapacidade* e *Crenças de Medo-Evitamento* relativas à *Actividade Física* e ao *Trabalho* (avaliação inicial)**

Tendo por base a descrição inicial efectuada podemos caracterizar a amostra como sendo composta por indivíduos com uma média de idades próxima dos 46 anos,

predominantemente do sexo feminino, tendo a maioria apresentado múltiplos episódios de recorrência de agudização dos seus sintomas ao longo da sua condição. Estes episódios resultaram em períodos de absentismo à actividade profissional (em 76,2%) e consequente recurso à baixa médica (tempo de baixa médio de 7,84 semanas) devido à DCL. Relativamente à Incapacidade auto-reportada na *baseline* podemos caracterizar a nossa amostra como apresentando uma Incapacidade média moderada (35,62 pontos) e a avaliação das Crenças de medo-evitamento demonstrou a sua existência em ambas as sub-escalas de Actividade Física (valor médio de 15,43 pontos) e do Trabalho (valor médio de 25,29 pontos).

### **3.2 Caracterização da Condição de DCL no *Follow-Up* e Regresso à Actividade Profissional**

No final do período de *follow-up* (3 meses) foram recolhidas informações complementares relativas ao impacto da condição DCL na amostra estudada. Os utentes foram questionados quando à existência de novos episódios de agudização da sua condição, sobre a continuidade ou não dos tratamentos de Fisioterapia efectuados e sobre o impacto que a condição continuava a referir na sua actividade profissional. Foram igualmente reavaliadas as variáveis **Incapacidade** e **Crenças de medo-evitamento** (Crenças AF e Crenças T) e avaliado o **Regresso à Actividade Profissional**.

Começámos por averiguar a existência de novos episódios de agudização dos sintomas durante o período de *follow-up*. Constatou-se que 26 indivíduos (61,9%) tinham apresentado novos episódios de agudização durante os 3 meses decorridos e que 73,8% dos utentes continuavam a efectuar algum tipo de tratamento devido à condição.

A reavaliação da **Incapacidade** auto-reportada e das **Crenças de medo-evitamento** após os 3 meses permitiu aferir uma redução dos níveis médios verificados (Tabela 9, ver página seguinte). Quando comparados os *scores* iniciais da *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec* com aqueles obtidos após o período de *follow-up* a redução média foi de 11,64 pontos. Os resultados médios obtidos no *Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor* não revelaram alterações significativas, quer na sub-escala da Actividade Física (0,38 pontos), como na sub-escala referente ao Trabalho (2,96 pontos).



<b>Variáveis</b>	<b>Medidas de Distribuição Follow-Up (3 meses)</b>				
	<b><i>n</i></b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b><i>S'</i></b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b><i>Incapacidade</i><sup>a</sup></b>	42	23,98	16,005	2	60
<b><i>Crenças AF</i><sup>b</sup></b>	42	15,05	4,553	4	22
<b><i>Crenças T</i><sup>c</sup></b>	42	22,33	9,530	9	42

*n* – número de elementos;  $\bar{X}$  - média; *S'* – desvio padrão

<sup>a</sup> avaliada com a Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec;

<sup>b</sup> avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Actividade Física);

<sup>c</sup> avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Trabalho)

**Tabela 9 - - Medidas de Distribuição para as variáveis *Incapacidade* e *Crenças de Medo-Evitamento* associadas à *Actividade Física* e ao *Trabalho* – *Follow-Up* de 3 meses**

No que se refere ao Retorno à Actividade Profissional, foi possível apurar que 76,2% (*n*=35) dos indivíduos da amostra tinham já conseguido regressar à sua actividade profissional anterior, embora nem todos aqueles que regressaram tivessem tido a capacidade para continuar a exercer essa actividade ininterruptamente, sendo que 28,6% (*n*=10) daqueles que tinham já conseguido regressar apresentaram novos períodos de absentismo após o primeiro regresso ou tinham conseguido regressar e estavam novamente ausentes aquando da avaliação efectuada aos 3 meses. De referir também que 7 utentes (23,8%) não tinham regressado ainda ao trabalho, nem efectuado qualquer tentativa nesse sentido (Tabela 10).

<b>Retornou à Actividade Profissional</b>	<b>Retorno à Actividade Profissional</b>					
	<b>Manteve-se sempre em actividade após o 1º retorno</b>					
			<b><i>Sim</i></b>		<b><i>Não</i></b>	
	<b><i>n</i></b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b><i>Sim</i></b>	35	76,2	25	71,4	10	28,6
<b><i>Não</i></b>	7	23,8				
<b><i>Total (n)</i></b>	42	100				

**Tabela 10 - Distribuição das Frequências e Percentagens do Retorno à Actividade Profissional**

De acordo com a classificação de “*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*” o retorno à actividade profissional foi avaliado tendo por base não só a capacidade para retomar ou não à actividade como também tendo em consideração o número de dias de absentismo devido à condição e a Incapacidade auto-reportada existente (Tabela 11). De acordo com estes parâmetros, verificou-se que 45,2% (19 indivíduos) encontravam-se na categoria de “*Sucesso*” tendo já regressado em pleno à sua actividade profissional, 31,0% (13 indivíduos) na categoria de “*Sucesso Parcial*”, o que poderá significar que continuavam a apresentar Incapacidade moderada ou que estiveram ausentes da actividade profissional por mais de 5 dias nos três últimos meses. Apurámos também que 23,8% dos utentes não tinham conseguido regressar à sua actividade profissional anterior, encontrando-se na categoria de “*Falha*” (16,7%;  $n=7$ ) ou na categoria de “*Falha após Tentativa*” (7,1%;  $n=3$ ), esta última referente aqueles indivíduos que tinham já tentado um primeiro regresso e que não conseguiram se manter em actividade devido à condição.

<b>Categorias</b>	<b><i>Regresso ao Trabalho em Boas Condições</i></b>	
	<b><i>n</i></b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b><i>Sucesso</i></b>	19	45,2
<b><i>Sucesso Parcial</i></b>	13	31,0
<b><i>Falha Após Tentativa</i></b>	3	7.1
<b><i>Falha</i></b>	7	16,7
<b><i>Total</i></b>	42	100,0

Tabela 11 - Distribuição das Frequências e Percentagens do retorno à actividade profissional segundo a avaliação de "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"

### 3.3 Teste de Hipóteses

#### Hipótese 1

Na hipótese 1 pretendemos verificar a existência de uma associação significativa e negativa entre a Incapacidade funcional auto-reportada pelos indivíduos com DCL, em

situação de agudização dos seus sintomas, e o sucesso no retorno à actividade profissional. Isto é, os indivíduos com menores níveis de Incapacidade terão maiores índices de sucesso no Regresso ao Trabalho em Boas Condições.

Para estudarmos a relação entre a Incapacidade e o sucesso o Regresso ao Trabalho em Boas Condições foi necessário efectuar uma abordagem distinta a ambas as variáveis. Relativamente à variável Incapacidade, foi avaliada a normalidade da sua distribuição enquanto que na variável Regresso ao Trabalho em Boas Condições foi efectuada uma ordenação qualitativa de acordo com as diferentes categorias que a variável pode assumir (de “Falha” a “Sucesso”).

Uma vez que se trata de uma amostra inferior a 50 indivíduos, foi utilizado o teste *Shapiro-Wilk* para avaliar a normalidade da variável *Incapacidade* (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010) tendo-se obtido o valor  $p = 0,057$  ( $p > 0,05$ ) que confirma essa normalidade.

Por se tratar de uma variável ordinal, o **Regresso ao Trabalho em Boas Condições**, não pôde ser submetida ao mesmo teste de normalidade. Nesta variável os elementos da amostra só podem assumir um de quatro valores correspondendo a cada uma das 4 categorias possíveis, não apresentando assim variabilidade na distribuição estatística (Marôco, 2010). Assumindo a normalidade da sua distribuição, efectuámos os testes de correlação entre ambas as variáveis com o objectivo de verificar se existe algum tipo de associação entre a **Incapacidade** auto-reportada e o **Regresso ao Trabalho em Boas Condições**.

Devido ao tipo de variáveis em estudo utilizou-se o teste de *Correlação de Spearman* para verificar a ocorrência ou não desta correlação. Esta análise correlacional é o correspondente não-paramétrico da *Correlação de Pearson* ( $\rho$ ), mas que dispensa a distribuição normal das variáveis (Pestana & Gageiro 2008). O teste de *Correlação de Spearman* varia entre os valores -1 e 1, sendo os valores mais próximos de -1 e 1 significativos de uma correlação mais forte entre as variáveis (o valor -1 está associado à existência de uma correlação inversa). As correlações inferiores a 0,4 são consideradas fracas, aquelas verificadas entre este valor e 0,69 são consideradas moderadas e as correlações superiores a 0,70 são descritas como fortes (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010).

A análise da tabela seguinte (Tabela 12) permite verificar que existe uma correlação significativa entre as variáveis em estudo uma vez que o valor de  $p$  encontrado ( $p=0,016$ ) é inferior ao valor normalmente utilizado como referência  $p < 0,05$ .

<b>Correlação de Spearman</b>	<b>"Regresso ao Trabalho em Boas Condições"</b>		
	Coeficiente de Correlação ( $\rho$ )	valor $p$	$n$
<b>Incapacidade</b>	-,369*	,016	42

\*correlação significativa para um valor  $p \leq 0,05$

Tabela 12 - Correlação de Spearman entre a Incapacidade e o "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"

Aferimos também que o coeficiente de correlação existente apresenta um valor negativo ( $\rho = -0,369$ ) o que vai de encontro à hipótese levantada de que existe uma relação inversa (negativa) entre as variáveis estudadas, pelo que os níveis de Incapacidade mais elevados estão relacionados com menores índices de sucesso no "Regresso ao Trabalho em Boas Condições". Na tabela seguinte são apresentados os valores médios de Incapacidade de acordo com cada uma das categorias da variável Regresso ao Trabalho em Boas Condições, ilustrando esta conclusão (Tabela 13).

<b>Categorias da Variável</b> <b>"Regresso ao Trabalho em Boas Condições"</b>	<b><math>n</math></b>	<b><math>\bar{X}</math> Incapacidade</b>	<b><math>S'</math></b>
<b>Falha</b>	7	44,86	13,196
<b>Falha após tentativa</b>	3	41,00	9,644
<b>Sucesso Parcial</b>	13	36,54	20,123
<b>Sucesso</b>	19	29,26	14,677
<b>Total</b>	42	34,95	16,683

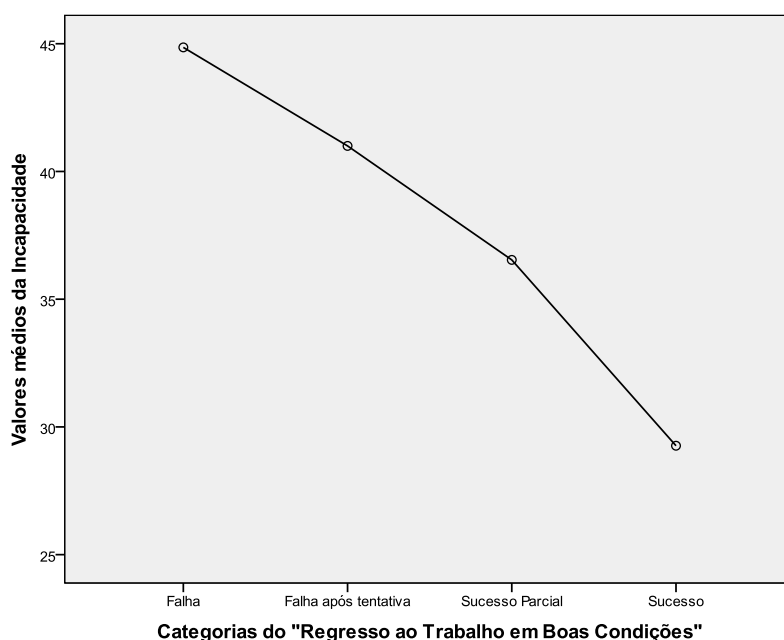
$n$ - número de indivíduos;  $\bar{X}$  – média;  $S'$  – desvio padrão

Tabela 13 - Apresentação dos valores médios de Incapacidade de acordo com as categorias da variável "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"

A análise da Tabela 13 permitiu verificar que os valores médios observados para a Incapacidade estão relacionados negativamente com o sucesso verificado no “*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*”. Os utentes que não regressaram ou que não conseguiram se manter em actividade após a primeira tentativa de regresso correspondem às categorias de “*Falha*” e “*Falha Após Tentativa*” e apresentam os valores mais elevados de Incapacidade verificada (44,86 e 41,0 pontos respectivamente). Contrariamente, aqueles que se encontram nas categorias de “*Sucesso*” e “*Sucesso Parcial*” correspondem aos indivíduos que conseguiram regressar à sua actividade profissional anterior e nestes, os valores médios de Incapacidade observados foram mais reduzidos (29,26 e 36,54 pontos).

Desta forma podemos concluir que **existe uma associação estatisticamente significativa e negativa entre os níveis de Incapacidade auto-reportada e o sucesso no Regresso ao Trabalho em Boas Condições**, na qual os índices mais elevados de Incapacidade estão associados a maior probabilidade de “*Falha*”, contrariamente aos utentes na categoria de “*Sucesso*” que apresentam valores inferiores de Incapacidade.

Esta conclusão suporta o estipulado na primeira hipótese deste estudo e pode ser verificada através da visualização da representação gráfica seguinte (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Representação gráfica da variável Incapacidade de acordo com as categorias da variável “Regresso ao Trabalho em Boas Condições”**

## Hipótese 2

Na hipótese 2 pretendemos averiguar a existência de uma relação positiva e significativa entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho (Crenças T) e a Incapacidade funcional reportada pelos indivíduos com DCL, em situação de agudização dos seus sintomas. Desde modo, pressupôs-se que os indivíduos com níveis mais elevados de Crenças de medo-evitamento relacionadas com o Trabalho apresentariam maiores níveis de Incapacidade funcional.

Para estudarmos a relação inicialmente existente entre a Incapacidade e as Crenças T procedeu-se à avaliação da distribuição normal de ambas as variáveis. Uma vez que a amostra estudada é inferior a 50 indivíduos ( $n = 42$ ) foi efectuado o teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar essa normalidade (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010) onde se concluiu que ambas as variáveis apresentam uma distribuição normal (Incapacidade,  $p = 0,057$ ; Crenças T,  $p = 0,254$ ), ambas superiores  $p > 0,05$ .

Tendo-se verificado os pré-requisitos de normalidade e distribuição linear efectuou-se a Análise de Correlação entre as variáveis – *Correlação de Pearson* (Tabela 14). Da análise efectuada foi possível verificar que existe uma correlação significativa entre a Incapacidade e as Crenças T e que para um valor  $p \leq 0,01$  o coeficiente de correlação foi de  $r = 0,511$  ( $p = 0,001$ ). Segundo Pestana e Gageiro (2008) a correlação encontrada pode ser interpretada como moderada visto se localizar entre 0,4 e 0,69 (Pestana & Gageiro, 2008)

<i>Correlação de Pearson</i>	Incapacidade		
	Coeficiente de Correlação ( $r$ )	valor $p$	$n$
<b>Crenças T</b>	,511*	,001	42

\*correlação significativa para um valor  $p \leq 0,01$

Tabela 14 - Correlação de Pearson entre as variáveis Incapacidade e Crenças T

Da correlação encontrada é possível concluir que quando uma das variáveis assume valores mais elevados a outra tendencialmente também os assume. Desta forma podemos confirmar a hipótese levantada de que **a verificação de maiores níveis de Crenças de**

**medo-evitamento relacionadas com o Trabalho reflecte-se no aumento do nível de Incapacidade funcional auto-reportado.**

Uma vez verificada a correlação existente entre as variáveis analisadas nesta hipótese realizámos a *Análise de Regressão Linear* para modelar a relação existente entre ambas e averiguar o valor preditivo de uma variável em função da outra. Utilizámos o *Modelo de Regressão Univariado Simples* visto existir apenas uma variável dependente e uma variável independente (neste caso a Incapacidade e as Crenças T respectivamente). Definimos a variável Incapacidade como sendo aquela que seria influenciada pela existência das crenças T e através da sua análise obtivemos o valor preditivo destas na Incapacidade auto-reportada.

Através da utilização deste modelo concluímos que existe poder preditivo das Crenças T na Incapacidade auto-reportada. O valor  $r^2$  ajustado = 0,288 (Tabela 15) permite-nos afirmar que 28,8% das pontuações observadas no instrumento de avaliação da Incapacidade podem ser explicadas pela existência de Crenças T, ( $\beta = 0,533$ ;  $p = 0,001$ ) sendo a restante percentagem devida a outros factores não incluídos nesta análise.

Análise de Regressão Linear <sup>b</sup>			
Modelo de Regressão Univariada Simples	Crenças T <sup>a</sup>	Coefficiente Standardizado ( $\beta$ )	$r^2$ ajustado
		,553	,288

<sup>a</sup> Factor Preditivo – Crenças T (Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho)

<sup>b</sup> Incapacidade – variável dependente

**Tabela 15 - Modelo de Regressão Linear Univariado Simples**

A interpretação da tabela seguinte permite verificar que pelo aumento de 1 ponto no *Questionário de Crenças de Medo-Evitamento da Dor* (sub-escala do Trabalho) observa-se um aumento de 1,178 pontos na *Escala de avaliação da Incapacidade de Quebec*. Desta forma o aumento de 1 ponto no *Questionário de Crenças de Medo-Evitamento da Dor* (sub-escala do Trabalho) traduzir-se-á clinicamente num aumento de 2 pontos na escala de avaliação da Incapacidade (Tabela 16, ver página seguinte).

		Coeficientes da Regressão Linear <sup>a</sup>	
		Coeficiente não Standardizado (b)	Valor p
<b>Modelo de Regressão Univariada</b>	<b>Crenças T</b>	1,178	,001

<sup>a</sup> Incapacidade – variável dependente

**Tabela 16 - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear**

Finalmente, os pressupostos de distribuição normal dos resíduos ( $p=0,051$ ), homocedasticidade e covariância nula (valor de auto-correlação do teste de Durbin-Watson  $d=1,759$ ) para esta *Análise de Regressão Linear* foram assegurados, e encontram-se descritos em apêndice (Apêndice D). Desta forma podemos confirmar a fiabilidade da regressão efectuada e constatar a existência de uma relação estatisticamente significativa, moderada e positiva, entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e a Incapacidade auto-reportada. Do mesmo modo, podemos também afirmar que 28,8% da Incapacidade verificada durante os episódios de agudização dos sintomas nos utentes com DCL pode ser explicada pela existência desse tipo de Crenças.

### Hipótese 3

A última hipótese que pretendemos testar prende-se com a existência de uma relação positiva e significativa entre as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física (Crenças AF) e a Incapacidade funcional reportada por indivíduos com DCL, em situação de agudização dos seus sintomas. Deste modo, pretendemos verificar se os indivíduos com maiores níveis de Crenças de medo-evitamento relacionadas com a Actividade Física apresentam maiores níveis de Incapacidade funcional.

Para estudarmos a relação entre estas variáveis aquando da avaliação inicial procedeu-se novamente à avaliação da distribuição normal das mesmas. Foi efectuado o teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar a normalidade das variáveis Incapacidade e Crenças AF tendo-se apurado que ambas apresentam uma distribuição normal ( $p = 0,57$  e  $p = 0,254$ , ambas superiores a  $p > 0,05$ ). Com base neste pré-requisito efectuámos a análise de *Correlação de Pearson* para verificar a existência de relação entre as variáveis em estudo. A tabela seguinte apresenta os valores de correlação obtidos (Tabela 17, página seguinte).



<i>Correlação de Pearson</i>	<b>Incapacidade</b>		
	Coeficiente de Correlação ( <i>r</i> )	valor <i>p</i>	<i>n</i>
<b>Crenças AF</b>	,061	,702	42

**Tabela 17 - Correlação de Pearson entre as variáveis Incapacidade e Crenças AF**

Resultante da sua análise constatámos que não existe uma correlação significativa entre a Incapacidade auto-reportada e as Crenças de medo-evitamento relacionadas com a Actividade Física (Crenças AF). O valor obtido de  $r = 0,061$  ( $p = 0,702$ ) é superior ao valor de significância  $p \leq 0,05$  considerado como referência.

Deste modo pudemos concluir que **não existe uma relação estatisticamente significativa entre as Crenças de medo-evitamento relacionadas com a Actividade Física e a Incapacidade funcional auto-reportada**. Na amostra estudada, a existência de Crenças AF não apresenta uma relação relevante para a Incapacidade reportada pelos utentes devendo-se assim essa Incapacidade a outros factores que não este. Deste modo, concluímos que devemos rejeitar a hipótese levantada relativamente à relação existente entre este tipo de Crenças e a Incapacidade funcional reportada pelos indivíduos com Dor Crónica Lombar, em situação de agudização dos seus sintomas.

## 4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objectivo investigar a percentagem de retorno à actividade profissional em utentes com DCL, que procuram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas e analisar a sua relação com o nível de Incapacidade auto-reportado.

Relativamente à amostra estudada, todos os utentes apresentavam uma condição com mais de 3 meses de evolução e classificam-se como trabalhadores activos, estando a exercer uma actividade profissional. Observou-se que a média de idades apresentada foi de aproximadamente 46 anos, sendo o género feminino predominante (78,6%). À excepção da actividade profissional “Empregada de Limpeza”, exclusivamente efectuada por indivíduos do sexo feminino, as restantes actividades mais representativas na amostra estudada foram as de “Administrativo/a” e “Operário/a Fabril”, actividades estas exercidas por indivíduos de ambos os sexos, embora tenham sido novamente os indivíduos do sexo feminino a referir maior impacto da condição de DCL.

Após esta breve caracterização, iniciamos esta discussão pela verificação da definição apresentada por Deyo (1993) na qual a condição de DCL se apresenta como um continuo com períodos de agudização e períodos de ausência dos sintomas. Na amostra estudada, o episódio actual, devido ao qual os utentes tinham procurado os tratamentos de Fisioterapia correspondeu a um período de recorrência da sua condição, sendo possível verificar que em 66,7% dos utentes este episódio não tinha sido o primeiro episódio de recorrência.

Quanto ao impacto da condição na actividade profissional, verificou-se que 76,2% dos indivíduos recorreram à baixa médica devido à incapacidade resultante da condição, sendo estes valores bastante superiores aos verificados no estudo de Wynne-Jones *et al.* (2008) no qual a taxa de absentismo se situava nos 22%. Estes resultados poderão dever-se ao facto de que neste estudo os níveis de incapacidade terem sido avaliados com outro instrumento (*RMDQ*), sendo os valores médios apresentados pelos utentes classificados como incapacidade funcional baixa, e pelo facto de que a amostra estudada muito ser muito superior ( $n=935$ ) à analisada no nosso estudo, o que poderá ter sobrestimado os nossos resultados.

Apurámos também que na amostra em estudo, o período médio de absentismo foi de 7,84 semanas e ainda que mais de um quarto dos indivíduos (26,2%) auto-percepcionam a sua actividade profissional como sendo a causa para a origem da sua condição, o que poderá se reflectir nos níveis de Crenças que estes utentes apresentam relativamente à sub-escala do Trabalho no questionário de Crenças de medo-evitamento que utilizámos para a avaliação das Crenças existente.

A avaliação inicialmente efectuada dos níveis de Incapacidade auto-reportados e da existência de Crenças de medo-evitamento permitiu verificar que os elementos da amostra em estudo apresentaram uma Incapacidade moderada (Reneman *et al.*, 2002) (sendo o valor médio de 35,62 pontos na *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec*). Segundo Reneman *et al.* (2002) os utentes que apresentem uma Incapacidade funcional moderada poderão ter a capacidade para continuar a exercer a sua actividade profissional, o que não se verificou no nosso estudo, uma vez que a percentagem dos utentes que recorreu à baixa médica foi de 76,2%. Segundo os autores a Incapacidade auto-reportada não deverá ser confundida com a capacidade real para efectuar/não efectuar determinada actividade, pelo que o absentismo à actividade profissional parece estar mais relacionado com a Incapacidade auto-reportada do que com a Incapacidade física real (Reneman *et al.*, 2002).

Quanto aos níveis iniciais das Crenças de medo-evitamento, o *score* médio verificado na sub-escala relativas à Actividade Física foi de 15,43 pontos, o que segundo Burton *et al.* (1999) seria indicador de elevadas Crenças deste tipo. O valor apresentado por estes autores foi obtido através do cálculo do valor da mediana dos *scores* obtidos no seu estudo, o que poderá não ser o mais correcto para identificar um valor de referência para determinar a associação existente entre as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e a Incapacidade auto-reportada. A colocação desta hipótese de associação no nosso estudo não apresentou uma correlação estatisticamente significativa, sendo o valor do coeficiente de correlação obtido de  $r = 0,061$  ( $p = 0,702$ , muito superior ao valor de significância  $p \leq 0,05$  considerado como referência). Assim concluímos que na nossa amostra este tipo de Crenças não apresentou significância estatística para a Incapacidade auto-reportada, apesar do valor médio obtido ser superior ao de 15 pontos, proposto por Burton *et al.* (1999).

van den Hout *et al.* (2001) e Woby *et al.* (2004a e 2004b) identificaram as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física como as mais importantes para a variabilidade verificada na Incapacidade. Contudo nos estudos destes autores, a avaliação

da sub-escala relativa ao Trabalho foi retirada da análise de regressão (van den Hout *et al.*, 2001) enquanto que nos estudos de Woby *et al.* (2004a e 2004b) a intervenção efectuada baseou-se com a execução de diversas actividades físicas não associadas com a actividade profissional dos indivíduos, pelo que poderá sobrestimar a importância da redução das Crenças de medo-evitamento para a redução verificada na Incapacidade. O nosso estudo apresentou resultados opostos, não permitindo assim obter qualquer valor preditivo deste tipo de Crenças para a Incapacidade auto-reportada.

Na sub-escala relativa ao Trabalho, o *score* médio inicial verificado no nosso estudo foi de 25,29 pontos, o que segundo Fritz e George (2002) não representa um risco elevado para que os utentes não retornem à sua actividade profissional. Apesar destes autores defenderem a hipótese de que este valor não apresenta um risco elevado para o absentismo profissional, Grotle *et al.* (2004) e Gheldof *et al.* (2005) defendem que as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho apresentam uma relação significativa na previsão do risco para o absentismo profissional, e Storheim *et al.* (2005) acrescenta ainda que este tipo de Crenças poderá aumentar o risco relativo para o não retorno à actividade profissional.

No nosso estudo verificámos que apenas as Crenças de medo-evitamento associadas ao Trabalho apresentaram uma relação estatisticamente significativa com os níveis de Incapacidade verificados ( $r = 0,511$ ;  $p = 0,001$ ), pelo que será viável assumir que o seu contributo para a Incapacidade contribui igualmente para o insucesso verificado no retorno à actividade profissional. Estes resultados vão de encontro aos reportados nos estudos de Waddell *et al.* (1993) e Crombez *et al.* (1999) que concluíram que este tipo de Crenças é o principal responsável pela variância verificada nos *scores* relativos à Incapacidade. Neste estudo, a correlação encontrada entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e a Incapacidade auto-reportada pode ser classificada como moderada (Pestana & Gageiro, 2008) sendo desta forma possível concluir que quando as Crenças relativas ao Trabalho assumem valores mais elevados a Incapacidade tendencialmente também os assume.

Para além de termos verificado esta correlação, apurámos também que este tipo de Crenças apresenta um poder preditivo relativamente à Incapacidade verificada. No nosso estudo, o  $r^2$  ajustado = 0,288 ( $\beta = 0,553$ ;  $p = 0,001$ ) permite-nos afirmar que mais de um quarto das pontuações observadas na *Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec* pode ser explicado pela existência de deste tipo de Crenças (28,8%), sendo a restante

percentagem devida a outros factores não incluídos nesta análise. Este valor preditivo foi bastante superior ao verificado nos estudos de Woby *et al.* (2004a) e George *et al.* (2010) que obtiveram valores na ordem dos 7 e 8% ( $r^2=0,07$  e  $r^2=0,08$  respectivamente;  $p < 0,01$ ). Esta diferença verificada nos valores preditivos poderá ser explicada pela diferença dos valores médios iniciais na sub-escala relativa ao Trabalho verificados por George *et al.* (13,9 pontos) contudo no estudo de Woby *et al.* (2004a) os valores iniciais obtidos nesta sub-escala foram muito similares (25,0 pontos) ao verificado no nosso estudo, pelo que a diferença no valor preditivo verificado deverá ser devida à conjugação de outros factores que poderão ter alterado os valores obtidos na regressão hierarquizada que os autores efectuaram.

Um factor que poderá explicar a associação encontrada no nosso estudo entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho com a Incapacidade e a não verificação da mesma associação comparativamente com as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física, prende-se com o facto de mais de um quarto dos indivíduos analisados ter identificado a sua actividade profissional como a principal causa para a origem da sua condição (26,2%) ou que esta foi causada por um acidente de trabalho (9,5%). Tendo em conta os resultados desta auto-percepção poderá ser espectável que estes indivíduos apresentem Crenças mais elevadas na sub-escala relacionada com o Trabalho, uma vez que poderão identificar a sua actividade profissional como algo com um carácter nocivo para a sua condição ou como um factor contribuinte para a sua Incapacidade.

Tendo por base os resultados que apurámos da avaliação das Crenças de medo-evitamento concluímos que as duas sub-escalas do *Questionário de Crenças de Medo-Evitamento da Dor* não apresentaram qualquer relação significativa entre si, pelo que os valores obtidos deverão ser interpretados individualmente. Esta conclusão corrobora os resultados obtidos por Waddell *et al.* (1993), Crombez *et al.* (1999) e Fritz *et al.* (2001) suportando assim a noção de que a sub-escala da Actividade Física e a sub-escala do Trabalho são conceptualmente distintas (Waddell *et al.*, 1993).

Após o período de *follow-up* (3 meses) verificámos que 61,9% dos utentes referiram novos episódios de agudização dos seus sintomas. Esta taxa de recorrência foi superior à verificada por van Tulder *et al.* (2002) que variou entre os 20 a 44% no primeiro ano, indo de encontro aos resultados reportados por Elder e Burdorf (2004) nos quais a ocorrência dos episódios de recorrência nos utentes com DCL variou entre os 33 e os 65%, num período de *follow-up* de 3 anos. Contudo devemos salientar que a percentagem de

61,9% verificada no nosso estudo refere-se apenas ao período de 3 meses correspondente ao de *follow-up* analisado, pelo que será possível que a real percentagem de recorrência seja superior à apresentada por estes autores num período de 3 anos, aproximando-se possivelmente dos valores de 78% apresentados por Burton *et al.* (2004) logo após o primeiro ano.

No que se refere ao Retorno à Actividade Profissional, após o período de *follow-up*, verificámos que 76,2% ( $n=35$ ) dos indivíduos da amostra tinham já conseguido regressar à sua actividade normal, embora nem todos aqueles que regressaram tivessem tido a capacidade para continuar a exercer essa actividade continuamente. Daqueles que tinham já conseguido regressar, verificámos que 28,6% apresentaram novos períodos de absentismo após o primeiro regresso ou tinham conseguido regressar e estavam novamente ausentes aquando da avaliação efectuada aos 3 meses. Estes resultados poderão ir de encontro aos sugeridos por Hestbaek *et al.* (2003) que verificaram que num período de 12 meses após o retorno à actividade profissional cerca de um terço dos utentes com DCL apresentaram novos períodos de absentismo profissional devido à condição.

Tendo por base o “*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*”, a avaliação desse retorno permitiu apurar que 45,2% dos utentes se encontravam na categoria de *Sucesso*, (tendo retomado a sua actividade profissional anterior, não apresentando ausências superiores a 5 dias nos últimos 3 meses e apresentando limitações funcionais inferiores a 30%). Estes resultados vão de encontro àqueles apresentados por Dionne *et al.* (2007) que no seu estudo verificaram uma percentagem próxima dos 50% após a reavaliação efectuada aos 3 meses. Os valores que obtivemos nas restantes categorias foram igualmente similares aos verificados no estudo dos mesmos autores (31% na Categoria de *Sucesso Parcial*, 7,1% na categoria de *Falha Após Tentativa* e 16,7% na categoria de *Falha*) pelo que poderá ser esperado que os resultados a longo prazo (num *follow-up* de 2 anos) sejam similares aos verificados no estudo de Dionne *et al.* (2007).

Uma observação relevante do estudo destes autores prende-se com o facto de que na primeira reavaliação, efectuada às 6 semanas, a taxa dos utentes que se encontravam na categoria de *Sucesso* era inferior a 18%, mas o crescimento verificado após a reavaliação efectuada aos 3 meses (51,5%) não foi significativa. No final dos 2 anos de *follow-up* 56,6% dos utentes encontravam-se na categoria de *Sucesso* sendo a diferença entre estes períodos de reavaliação apenas de 5,1%. A percentagem de utentes na categoria de *Sucesso Parcial* também diminuiu ligeiramente no final do período de *follow-up* de 2 anos, tendo

aumentado a percentagem da categoria de *Falha Após Tentativa* em 4%. Estas conclusões poderão indicar que o maior aumento do *Sucesso* verificado no *Regresso ao Trabalho em Boas Condições* acontece até aos 3 meses após a avaliação inicial, pelo que a evolução a partir desse momento poderá ser pouco significativa.

Relativamente à hipótese por nós formulada, da relação existente entre os níveis de Incapacidade auto-reportados e o regresso à actividade profissional verificámos que estes níveis apresentam uma relação estatisticamente significativa e inversa com a capacidade de retorno dos utentes à actividade profissional. Como verificado por van der Weide *et al.* (1999), Waddell e Burton (2001) e Fritz *et al.* (2003) os níveis mais elevados de Incapacidade correspondem a um maior insucesso nesse regresso. No nosso estudo, o coeficiente de correlação verificado foi de  $r = -0,369$  ( $p \leq 0,05$ ) o que suporta esta afirmação. Na análise efectuada verificámos igualmente que os valores médios de Incapacidade obtidos em cada categoria de *Regresso ao Trabalho em Boas Condições* apresentam uma relação inversa com o sucesso verificado, sendo estes valores mais elevados nas categorias de maior insucesso ( $\bar{X}$  Incapacidade = 44,86 pontos na categoria de *Falha*, 41 pontos na categoria de *Falha Após Tentativa*, 36,54 pontos na Categoria de *Sucesso Parcial* e 29,26 pontos na categoria de *Sucesso*).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra analisada e a sua selecção por conveniência, não permite a extrapolação dos resultados obtidos neste estudo para uma população mais abrangente de utentes com DCL. Em segundo lugar, e ainda relativamente à amostra estudada, os critérios de inclusão utilizados neste estudo, relativamente à duração da condição, abrangem todos os possíveis utentes com uma condição crónica (superior a 3 meses de evolução, mas independentemente do tempo de duração). Este factor tempo, poderá influenciar a forma como os utentes percebem a sua Incapacidade e o impacto que atribuem à condição no seu quotidiano. Idealmente os indivíduos da amostra deveriam apresentar a menor variabilidade possível relativamente à duração da sua sintomatologia.

Identificamos como terceira limitação o facto de que a primeira avaliação efectuada neste estudo não ter sido coincidente com o início dos tratamentos de Fisioterapia, pelo que os níveis de Incapacidade e Crenças de medo-evitamento verificados na avaliação inicial poderão ser divergentes dos verificados aquando do início do episódio de DCL ou do início dos tratamentos, subestimando a força das correlações observadas.

Em quarto lugar, o desenho correlacional utilizado neste estudo depreende que as correlações encontradas entre as variáveis e os coeficientes verificados na análise de regressão linear não devem ser confundidos como apresentando uma relação causal. Por exemplo, os níveis mais elevados de Incapacidade auto-reportada parecem estar associados a um maior absentismo à actividade profissional, mas o oposto também poderá ser verdade. O mesmo poderá ocorrer entre os elevados níveis das Crenças de medo-evitamento e a Incapacidade verificada, embora neste exemplo em particular, a literatura analisada suporta a ideia de que as Crenças de medo-evitamento são precursoras da Incapacidade e não uma consequência da mesma (Klenerman *et al.*, 1995).

Como quinta limitação referimos a limitação inerente à utilização dos vários instrumentos de avaliação. A desejabilidade social é um possível viés que surge sempre que se pretende avaliar determinada variável através da utilização de questionários. Este facto poderá ser explicado pela tendência que os utentes apresentam para fornecer respostas consideradas mais aceitáveis de acordo com a condição ou situação em se encontram. Neste caso em particular essa possibilidade poderá estar presente uma vez que através do preenchimento dos diferentes questionários os utentes terão a percepção da sua Incapacidade e das Crenças de medo-evitamento que possuem, como também as respostas fornecidas irão transmitir uma imagem ao profissional de saúde que sugeriu o seu preenchimento. Deste modo, estas respostas poderão ser utilizadas pelo utente como uma forma de justificar a sua necessidade de tratamento ou justificar o seu absentismo profissional devido à sua condição, enviesando os resultados obtidos através da sobrevalorização da sua Incapacidade real ou das verdadeiras Crenças de medo-evitamento que apresenta.

Finalmente, identificamos como sexta limitação o facto de no nosso estudo termos analisado apenas as Crenças de medo-evitamento, relativamente aos factores psicossociais que poderão contribuir para a condição de DCL. Apesar da evidência científica actual referir as Crenças de medo-evitamento como um dos factores com maior poder preditivo para um baixo nível de desempenho funcional (Vlaeyen & Linton, 2000) e para a Incapacidade relacionada com a actividade profissional (Main *et al.*, 2010) alguns estudos no entanto, debruçaram-se sobre o estudo de outros factores psicossociais e verificaram igualmente a existência de associações positivas com a condição de DCL.



## CONCLUSÃO

O absentismo à actividade profissional resultante da condição de Dor Lombar apresenta-se como um problema de saúde pública com elevados custos económicos nas sociedades ocidentais (Kool *et al.* 2002). Com base nesta premissa, o principal objectivo do presente estudo foi avaliar prospectivamente o retorno à actividade profissional nos utentes com DCL, que procuram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas e analisar a relação existente com os níveis de Incapacidade auto-reportado. A evidência científica actual refere os factores psicossociais como aqueles com maior poder preditivo para a existência dessa Incapacidade, designadamente as Crenças de medo-evitamento associadas à dor, sendo estes factores igualmente identificados como os aqueles com maior poder preditivo para a Incapacidade relacionada com a actividade profissional (Main *et al.*, 2010). Deste modo, secundariamente, quisemos analisar a influência das Crenças de medo-evitamento, nos níveis de Incapacidade auto-reportados.

De acordo com os argumentos supracitados, estudámos uma amostra de 42 utentes com DCL. Foram analisados alguns aspectos relativos à caracterização da sua condição e avaliados inicialmente os níveis de Incapacidade auto-reportados e as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física e ao Trabalho. Após um período de *follow-up* de 3 meses, os utentes foram novamente reavaliados quanto às variáveis referidas e foi avaliado o seu retorno à actividade profissional.

Tendo em atenção as limitações referidas no capítulo anterior, o presente estudo demonstrou que os níveis mais elevados de Incapacidade estão inversamente relacionados com o *Sucesso* no Regresso ao Trabalho em Boas Condições. De acordo com os factores tidos em consideração para avaliar o retorno à actividade profissional, nomeadamente o estatuto profissional actual, o número de dias de absentismo e os níveis de incapacidade verificados após o regresso, constatámos que quase um quarto dos utentes (23,8%) não conseguiu retomar a actividade profissional anterior durante este período (encontrando-se nas categorias de *Falha* e *Falha Após Tentativa*).

Foi possível concluir também que as Crenças de medo-evitamento relacionadas com o Trabalho apresentam uma correlação significativa com os níveis de Incapacidade verificados. Ao contrário das Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física, que não apresentaram qualquer correlação, as Crenças de medo-evitamento relacionados

com o Trabalho apresentaram um poder preditivo na Incapacidade auto-reportada, explicando 28,8% das pontuações observadas nessa variável.

Este estudo permitiu contribuir o conhecimento sobre a forma como a Incapacidade auto-reportada influencia o retorno à actividade profissional nos utentes com DCL, designadamente junto daqueles que procuram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, tendo corroborado a importância dos factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho, como um factor preditivo para os níveis de Incapacidade verificados. Acrescenta ainda que a utilização da avaliação do “Regresso ao Trabalho em Boas Condições” poderá apresentar um contributo válido para a avaliação do sucesso no retorno à actividade profissional destes utentes. Esta variável permite a avaliação das condições se dá esse regresso, tendo em consideração a ocorrência de novos episódios de recorrência e os níveis de Incapacidade prevalentes aquando desse regresso.

Os resultados obtidos neste estudo têm implicações para a prática clínica futura. Foi demonstrado que os factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho contribuem significativamente para a Incapacidade auto-percebida, pelo que a abordagem efectuada aos utentes com a condição de DCL deverá ter em atenção este factor. As estratégias de educação com o intuito de fornecer explicações mais direccionadas relativas à origem dos novos episódios da condição devem assumir um papel de maior preponderância, bem como o planeamento da intervenção centrado na prevenção da Incapacidade resultante da mesma. Por outro lado, a manutenção da actividade profissional de forma controlada, poderá assumir um contributo importante para a diminuição das Crenças de medo-evitamento e consequentemente, da Incapacidade auto-reportada.

Verificámos igualmente a definição apresentada por Deyo (1993) na qual a condição de DCL apresenta um percurso contínuo com episódios de agudização e períodos de ausência de sintomas. Os Fisioterapeutas deverão estar alertados para esta situação e deverão transmitir esta informação aos utentes com DCL, uma vez que este aumento do seu conhecimento relativo à condição poderá alterar a percepção dos mesmos quanto à gravidade da condição, tranquilizando-os relativamente ao seu prognóstico. Esta abordagem cognitivo-comportamental poderá favorecer a diminuição das crenças e atitudes de evitamento dos utentes com DCL, traduzindo-se igualmente numa diminuição da sua Incapacidade e consequente absentismo profissional.

Como recomendações para futuros estudos sugerimos alguns aspectos que poderão contribuir para o aumento do conhecimento resultante deste estudo na abordagem do tema analisado. Em primeiro lugar, sugerimos a replicação deste desenho metodológico numa amostra de maiores dimensões e abrangendo um período de *follow-up* mais longo. Desta forma seria possível verificar o impacto a longo prazo da Incapacidade nas diferentes categorias do Regresso ao Trabalho em Boas Condições e analisar o *Sucesso* desse retorno. Em segundo lugar, a avaliação da Dor como um dos factores fisiológicos responsável pela auto-percepção da Incapacidade poderá apresentar um contributo para a clarificação da importância deste factor comparativamente à importância verificada dos factores psicossociais. Como terceira recomendação, para além da avaliação das Crenças de medo-evitamento, sugerimos a avaliação de outros factores psicossociais referidos na literatura como preditivos da Incapacidade, como a ansiedade, a catastrofização da dor ou a existência de comportamentos depressivos. A avaliação complementar destes factores poderá acrescentar consistência aos resultados obtidos neste estudo e verificar o contributo preditivo global dos factores psicossociais para a Incapacidade verificada.

## BIBLIOGRAFIA

Baldwin ML, Johnson WG, Butler RJ. (1996) The error of using returns-to-work to measure the outcomes of health care. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 632–41.

Boer J, Oostendorp R, Beems T, Munneke M, Oerlemans M, Evers A. (2006) A systematic review of bio-psychosocial risk factors for an unfavourable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal*, 15, 527–536.

Boersma K, & Linton SJ. (2005) Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 38–43, Discussion 69–72.

Buer, N., & Linton, S. J. (2002) Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99, 485–491.

Buijs PC, Lambeek LC, Koppenrade V, et al. (2009) Can workers with chronic back pain shift from pain elimination to function restore at work? *Journal of Back & Musculoskeletal Rehabilitation*, 22(2), 65–73.

Burton AK, Tillotson KM, Main C, et al. (1995) Psychosocial predictors of outcome in acute and sub chronic low back trouble. *Spine*, 20, 722–8.

Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, et al. (1999) Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*, 24, 2484–91.

Burton, A. K., McClune, T. D., Clarke, R. D., Main, C. J. (2004) Long-term follow-up of patients with low back pain attending for manipulative care: outcomes and predictors. *Manual Therapy*, 9, 30–35.

Castro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Paiva, MLM. (2010, Outubro 13) *Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal*. Retirado a 18 Abril, 2011, de [www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer\\_Público/Notícias/Portugal\\_Country\\_Snapshot.pdf](http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer_Público/Notícias/Portugal_Country_Snapshot.pdf).

Chen C, Hogg-Johnson S, Smith P. (2007) The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries. *Occupational & Environmental Medicine*, 64, 534–540.

Crombez, G. (2006) Pain and painrelated fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: Evidence of mediation by pain related fear. *European Journal of Pain*, 10, 513–525.

Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329–339.

Davidson, M. & Keating, JL. (2002) A comparison of five low back pain disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical Therapy*, 82(5), 8-24.

De Vet HC, Heymans MW, Dunn KM, et al. (2002) Episodes of low back pain: a proposal for uniform definitions to be used in research. *Spine*, 27, 2409-16.

Denison, E., Asenlof, P., Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111, 245–252.

Deyo RA. (1993) Practice variations, treatment fads, rising disability. *Spine*, 18, 2153-62.)

Dionne C, Bourbonnais R, Frémont P, *et al.* (2005) A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1559–1567

Dionne CE, Bourbonnais R, Fremont P, *et al.* (2007) Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: a 2-year prospective study. *European Spine Journal*, 16(5), 641-655.

Du Bois M & Donceel P. (2008) A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *European Spine Journal*, 17, 380-385.

Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. (2009) Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine J*, 9, 350–359.

Elders, L. A., & Burdorf, A. (2004). Prevalence, incidence, and recurrence of low back pain in scaffolders during a 3-year follow-up study. *Spine*, 29(6), 101-106.

Ferguson F, Holdsworth L, Rafferty D. (2010) Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy*, 96, 282–288.

Fransen M, Woodward M, Norton R, et al. (2002) Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27, 92–8.

Fritz JM, & Irrgang, JJ. (2001). A Comparison of a Modified Oswestry Low Back Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, 81(2), 776- 788.

Fritz JM, Delitto A, Erhard RE. (2003) Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. A randomised clinical trial. *Spine*, 28, 1363–1372.

Fritz, J. & George, S. (2002) Identifying specific psychosocial factors in patients with acute work-related low back pain; the importance of fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*, 82, 973-983.

Fritz, J. M., George, S. Z., Delitto, A. (2001) The role of fear avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain*, 94, 7–15.

Garofalo JP. & Polatin P. (1999) Low back pain: an epidemic in industrialized countries. In: Gatchel RJ, Turk DC. Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York: The Guilford press, 164-74.

George SZ, Valencia C, Beneciuk JM. (2010) A psychometric investigation of fear-avoidance model measures in patients with chronic low back pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 40, 197-205.

Gheldof, E. L. M., Vinck, J., Van Den Bussche, E., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A.,

Gheldof, E. L., Vinck, J., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Crombez, G. (2005) The differential role of pain, work characteristics and pain-related fear in explaining back pain and sick leave in occupational settings. *Pain*, 113, 71–81.

Godges JJ, Anger MA, Zimmerman G, Delitto A. (2008) Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Physical Therapy*, 88, 231–239.

Gonçalves E & Cruz E. (2007) Fidedignidade e estrutura interna da versão portuguesa do *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*. *Essfisionline*, 3(3), 52-63.

Goubert, L., Crombez, G., Lysens, R. (2005). Effects of varied-stimulus exposure on overpredictions of pain and behavioural performance in low back pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1347–1361.

Grotle, M., Vollestad, N. K., Veierød, M. B., Brox, J. I. (2004) Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112, 343–352.

Henschke N., Maher C., Refshauge K.M., et al. (2008) Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *British Medical Journal*, 337, a171.

Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. (2003) Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*, 12, Germany, 149-165.

Hill M. & Hill A., (2005) Investigação por questionário. Lisboa: Edições Sílabo.

Hincapié CA, Cassidy JD, Côté P. (2008) Is a history of work-related low back injury associated with prevalent low back pain and depression in the general population? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19, 9-22.

Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman WA (2005) Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain*, 118(3), 350–359.

Jensen JN, Albertsen K, Borg V, Nabe-Nielsen K. (2009) The predictive effect of fear-avoidance beliefs on low back pain among newly qualified health care workers with and without previous low back pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24, 10, 117.

Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, I.M. *et al.* (1995) The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 4, 478–484.

Kool JP, Oesch PR, de Bie RA. (2002) Predictive tests for non-return-to-work in patients with chronic low back pain. *European Spine Journal*, 11, 258–66.

Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, *et al.* (1995). The Quebec Back Pain Disability Scale: Measurement Properties. *Spine*, 20(3), 341-352.

Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M., *et al.* (1996) The Quebec Back Pain Disability Scale. Conceptualization and Development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(2), 151-161.

Kopec, JA. (2000) Measuring Functional Outcomes in Persons With Back Pain: a Review of Back- Specific Questionnaires. *Spine*, 25(24), 3110-3114.

Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS.( 2007b) The fear avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77–94.

Leeuw, M., Houben, R. M. A., Severeijns, R., *et al.* (2007a) Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population. *European Journal of Pain*, 11, 256-266.

Linton SJ. (2000) A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 1148–56.

Loisel P, Abenhaim L, Durand P, *et al.* (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 2911–8.

Low J, Lai R, Connaughton P. (2006) Back injuries - Getting injured workers back to work. *Australian Family Physician*, 35(12), 940-944.

Maetzel A, Li L. (2002) The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 23-30.

Main CJ, Foster N, Buchbinder R. (2010) How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 205-217.

Mannion, A. F., Junge, A., Taimelo, S., Muntener, M., Lorenzo, K., Dvorak, J. (2001) Active therapy for chronic low back pain: part 3. Factors influencing self-rated disability and its change following therapy. *Spine*, 26, 920– 929.

Marôco J. (2010) Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda

Müller U, Duetz MS, Roeder C, Greenough CG. (2004) Condition-specific outcome measures for low back pain. Part 1: Validation. *European Spine Journal*, 13, 301-13.



Muthukrishnan R, Shenoy S, Jaspal S, Nellikunja S, Fernandes S. (2010) The differential effects of core stabilization exercise regime and conventional physiotherapy regime on postural control parameters during perturbation in patients with movement and control impairment chronic low back pain. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology*, 2, 13.

Nunes F, Ribeiro A, Cruz E, (2005) Adaptação Cultural e Validação da Quebec Back Pain Disability Scale para a População Portuguesa, com Dor Lombar Crónica. Artigo não publicado.

Peat, G. (2004) PPA Recommendations for Low Back Pain-related Functional Limitation Outcome Measures. *The Chartered Society of Physiotherapy*. 2ª Edição [www.csp.org.uk](http://www.csp.org.uk)

Pestana, M; Gageiro, J. (2003) Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS. (3ª Edição) Lisboa: Edições Sílabo.

Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Weber, W. E. J. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45–50.

Rachman S, (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401

Reme SE, Hagen EM, Eriksen HR. (2009) Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10,139.

Reneman, MF., Jorritsma, W., Schellekens, JM., Goeken, LM. (2002) Concurrent validity of Questionnaire and performance- based disability measurements in patients with chronic nonspecific back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 119-29.

Schoppink LEM, van Tulder MW, Koes BW. (1996) Reliability and validity of the Dutch adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, 76, 168-75.

Schulte PA. (2005) Characterizing the burden of occupational injury and disease. *Occupational & Environmental Medicine*, 47, 607-22.

Sieben, J.M., Portegijs, P.J.M., Vlaeyen, J.W.S., Knottnerus, J. A. (2005) Pain-related fear at the start of a new low back pain episode. *European Journal of Pain*, 9, 635–641.

Staerke, R., Mannion, A. F., Elfering, A et al. (2004) Longitudinal validation of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low back pain patients. *European Spine Journal*, 13, 332–340.

Stanton TR, Latimer J, Maher CG, Hancock MJ (2010). How do we define the condition ‘recurrent low back pain’? A systematic review. *European Spine Journal*, 19, 533–539.

Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I., Bo, K. (2005) Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 37(6), 365-71.

Strine, T. W., & Hootman, J. N. (2007). US national prevalence and correlates of low back and neck pain among adults. *Arthritis & Rheumatism*, 57, 656-665.

Strong J, Unruh AM, Wright A, Baxter. (2002) *Pain. A textbook for therapists*. London: Churchill Livingstone.

Swinkels-Meewisse, I. E., Roelofs, J., Oostendorp, R. A., Verbeek, A. L., Vlaeyen, J. W. S. (2006) Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain*, 120, 36–43.

Swinkels-Meewisse, I. E., Roelofs, J., Verbeek, A. L., Oostendorp, R. A., Vlaeyen, J. W. S. (2003) Fear of movement/( re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain*, 105, 371–379.

Turk DC. & Okifuji A. (2002) Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 678–90.

van den Hout, J. H. C., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., Sillen, W. J. H., Willen, A. J. E. H. L. (2001). Functional disability in non-specific low back pain: the role of painrelated fear and problem-solving skills. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 149–162.

van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. (2000) Prediction of return-to- work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 285-294.

van der Weide WE, Verbeek JHAM, Salle HJA, van Dijk FJH. (1999) Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(1), 50-56.

van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, et al. (2006) European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15, 169-91.

van Tulder M, Koes B, Bombardier C. (2002) Low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 761-75.

van Tulder MW, Koes BW, Metsemakers JF, Bouter LM (1998). Chronic low back pain in primary care: a prospective study on the management and course. *Family Practice* 15, 126-132.

Vlaeyen JW, Seelen HA, Peters M. (1999) Fear of movement/ (re)injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*, 82, 297–304.

Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, van Eek H. (1995b) Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363–72.

Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Rotteveel A, Ruesink R, Heuts PHTG. (1995) The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5, 235-252.

Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S. J. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

Von Korff M. (1994) Studying the natural history of back pain. *Spine*, 19, 2041– 2046.

Waddell G & Burton AK. (2001) Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occupational Medicine (Lond)*, 51, 124-35.

Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main C. (1993) A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.

Waddell, G. (2004) *The Back Pain Revolution*. (2ª Edição). United Kingdom: Churchill Livingstone.

Wasiak, R., Kim, J., Pransky, G. (2006). Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: Longer and more costly than in first episodes. *Spine*, 31, 219-225.

Watson PJ, Booker CK, Main CJ. (1997) Evidence for the role of psychological factors in abnormal paraspinal activity in patients with chronic low back pain. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 5, 41–56.

Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. (2004b) Adjustment to chronic low back pain – the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 761-774.

Woby, S.R., Watson, P. J., Roach, N.K., Urmston, M. (2004a) Adjustment to chronic low back pain—the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 761–774.

World Health Organization. (2001) International classification of functioning, disabilities and health problems. Geneva: World Health Organization.

Wynne-Jones G, Dunn KM, Main CJ. (2008) The impact of low back pain on work: A study in primary care consultants. *European Journal of Pain*, 12, 180-188.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> - Medidas Descritivas relativas à Idade .....	41
<b>Tabela 2</b> - Distribuição da Frequência e Percentagens relativas ao Género .....	42
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da Frequência e Percentagens relativas à Profissão .....	42
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das Frequências e Percentagens da Recorrência dos Episódios de DCL.....	43
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das Frequências e Percentagens relativas ao Tipo de Tratamento Efectuado.....	44
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das Frequências, Percentagens e Valores Descritivos dos períodos de Baixa Médica devido à DCL.....	44
<b>Tabela 7</b> - Distribuição das Frequências e Percentagens da auto-percepção do utente relativa à Origem da Condição .....	45
<b>Tabela 8</b> - Medidas de Distribuição para as variáveis <i>Incapacidade</i> e <i>Crenças de Medo-Evitamento</i> relativas à <i>Actividade Física</i> e ao <i>Trabalho</i> (avaliação inicial) .....	46
<b>Tabela 9</b> - - Medidas de Distribuição para as variáveis <i>Incapacidade</i> e <i>Crenças de Medo-Evitamento</i> associadas à <i>Actividade Física</i> e ao <i>Trabalho</i> – <i>Follow-Up</i> de 3 meses.....	48
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das Frequências e Percentagens do Retorno à Actividade Profissional.....	48
<b>Tabela 11</b> - Distribuição das Frequências e Percentagens do retorno à actividade profissional segundo a avaliação de "Regresso ao Trabalho em Boas Condições".....	49
<b>Tabela 12</b> - Correlação de Spearman entre a Incapacidade e o “Regresso ao Trabalho em Boas Condições” .....	51
<b>Tabela 13</b> - Apresentação dos valores médios de Incapacidade de acordo com as categorias da variável “Regresso ao Trabalho em Boas Condições” .....	51
<b>Tabela 14</b> - Correlação de Pearson entre as variáveis Incapacidade e Crenças T .....	53
<b>Tabela 15</b> - Modelo de Regressão Linear Univariado Simples .....	54
<b>Tabela 16</b> - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear.....	55
<b>Tabela 17</b> - Correlação de Pearson entre as variáveis Incapacidade e Crenças AF.....	56

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Consentimento Informado**

É de livre vontade que participo neste estudo, sobre a avaliação da minha condição de Dor Lombar e o impacto que a Incapacidade apresenta no Absentismo à minha actividade profissional.

Foi-me explicado pelo Investigador em que consiste o estudo e quais os seus procedimentos. Percebi qual a minha participação e a forma confidencial como vão ser tratadas as respostas por mim fornecidas e os dados recolhidos.

Sei que a minha participação/não participação é livre e que em momento algum o modo como o meu tratamento será influenciado pelo abandono posterior ou não conclusão da colaboração requerida.

Percebi as instruções que me foram dadas e aceito de livre vontade participar no estudo em curso.

Nome do utente: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INICIAL

### Questionário Inicial

Nome: \_\_\_\_\_

Nº de codificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nº de Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_

Nº de Contacto Telefónico Alternativo: \_\_\_\_\_

Local de Residência: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

---

#### Relativamente à sua condição:

Há quanto tempo surgiu a sua condição?

Menos de 1 mês

Entre 1 e 3 meses

Há mais de 3 meses

Sofreu novos episódios?

Sim

Não

Quantos episódios? \_\_\_\_\_

Fez / Faz algum tipo de Tratamento?

Sim

Não

Que tipo de tratamento?

Apenas medicamentoso

Fisioterapia

Outro

Actualmente toma alguma medicação para aliviar os seus sintomas?

Sim

Não

Que médicos consultou?

Médico de Família

Fisiatra

Ortopedista

Neurocirurgião

Outro:

Esteve / está de baixa devido à sua condição?

Sim

Não

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

O que pensa que originou a sua condição?

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE *FOLLOW-UP*

### Questionário de *Follow-Up*

Nº de Codificação \_\_\_\_\_ Período decorrido desde a entrevista inicial \_\_\_\_\_

Desde a 1ª entrevista sofreu novos episódios de Dor Lombar? **Sim** **Não**

Desde a 1ª entrevista realizou/ continua a realizar algum tipo de tratamento?

**Sim** **Não** **Que tipo?** \_\_\_\_\_

Já regressou à Actividade Profissional/ Actividades Normais desde o dia da última entrevista?

**Sim** (e manteve sempre essa actividade até esta data? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_) **Não**

Desde a 1ª entrevista esteve novamente/ está de baixa?

**Sim** **Quanto tempo?** \_\_\_\_\_ **Não**

No total quanto tempo esteve/está ausente da sua Actividade Profissional/Actividades Normais?

**(Quanto tempo)** \_\_\_\_\_ **Ainda está** \_\_\_\_\_

### Reavaliações:

Score da Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec \_\_\_\_\_ pontos

Questionário de Crenças de Medo/ Evitamento da Dor Act. Física \_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_

Categoria na Tabela de Regresso ao Trabalho em Boas Condições \_\_\_\_\_



## APÊNDICE D – VALIDAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR (H2)

### Pressupostos da Regressão Linear

Depois de efectuada a Análise de Regressão Linear é necessário validar os pressupostos do modelo de regressão linear utilizados. Nesta validação devem ser tidos em conta os seguintes pressupostos: Pressuposto da distribuição normal dos erros; Pressuposto da homogeneidade dos resíduos; e Pressuposto da independência dos resíduos (Marôco, 2010).

#### - Distribuição Normal dos Erros

Deverá ser analisada a normalidade dos resíduos da regressão. Para isso deverá ser utilizado o teste de normalidade como efectuado anteriormente para avaliar a normalidade de cada uma das variáveis. Neste caso em particular, a variável estudada será a *Standardized Residual - ZRE\_1* (criada na base de dados do PASW – Statistics após ter sido efectuada a análise de regressão linear).

Tests of Normality

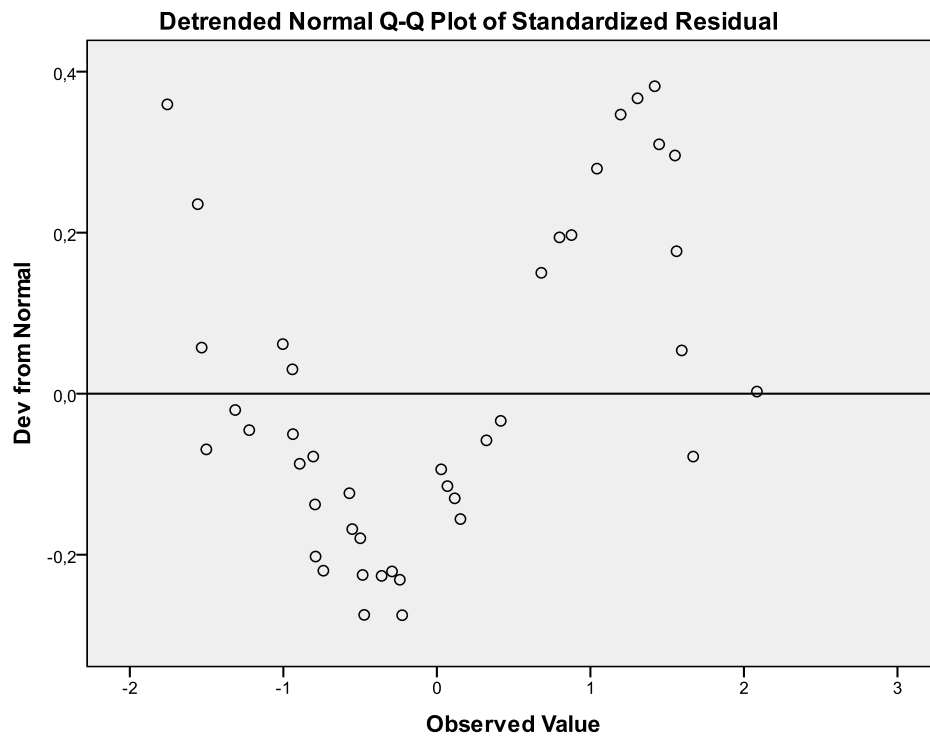
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,122	42	,121	,947	42	,051

a. Lilliefors Significance Correction

No teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, visto o nosso *n* ser inferior a 50 indivíduos (*n*=42), permitiu verificar a distribuição normal dos resíduos (*p*=0,051).

### - Homogeneidade dos resíduos

Neste segundo pressuposto pretendemos avaliar se os resíduos apresentam uma variância tendencialmente constante (Homocedasticidade). Essa variância constante foi verificada, uma vez que os resíduos se distribuem uniformemente em torno do valor zero e pode ser constatada através da visualização do gráfico seguinte.



### -Independência dos resíduos

Por fim, este pressuposto pretende verificar a covariância nula dos resíduos, isto é, se existe independência das variáveis individualmente. Para essa verificação foi avaliado o valor de auto-correlação do teste de *Durbin-Watson*.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
_ 1	,553 <sup>a</sup>	,305	,288	13,487	1,759

a. Predictors: (Constant), Score\_FABQ\_T\_0

b. Dependent Variable: Score\_quebec\_0

Tendo em conta o intervalo de aceitação de 1,59 a 2,41 para  $n = 42$  (obtido através de 4 - 1,59 = 2,41; Marôco, 2010), o valor de  $d=1,759$ , obtido no teste de *Durbin-Watson* encontra-se neste intervalo, aceitando-se assim a hipótese de covariância nula (isto é, a não existência de auto-correlação entre as variáveis).

Desta forma, e após as verificações efectuadas, podemos concluir de todos os pressupostos do modelo de regressão linear foram assegurados e que valores obtidos são confiáveis.

## ANEXO 1 - ESCALA DE DOR LOMBAR E INCAPACIDADE DE QUEBEC

### Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia a dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas actividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das actividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada actividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada actividade (**preencha todas as actividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes actividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com Bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias ( <i>collants</i> )						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um score total: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS DE MEDO/EVITAMENTO DA DOR

### Questionário de Crenças de Medo/ Evitamento da Dor

Em seguida, estão algumas das coisas que outros doentes disseram a respeito da sua dor. Para cada frase, por favor, assinale com um círculo num dos números de 0 a 6, de forma a indicar o quanto actividades físicas tais como, dobrar-se, levantar objectos, andar ou guiar, afectam ou podem vir a afectar a sua dor nas costas.

	DISCORDO COMPLETAMENTE		NÃO TENHO A CERTEZA			CONCORDO COMPLETAMENTE	
1. A minha dor foi causada por actividade física	0	1	2	3	4	5	6
2. A actividade física faz piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
3. A actividade física pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
4. Eu não devo fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
5. Eu não posso fazer actividades físicas que fazem (poderão fazer) piorar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6

As frases seguintes referem-se ao modo como a sua actividade profissional/ trabalho afecta ou poderá afectar a sua dor nas costas.

	DISCORDO COMPLETAMENTE		NÃO TENHO A CERTEZA			CONCORDO COMPLETAMENTE	
6. A minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7. O meu trabalho fez agravar a minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8. O meu trabalho é muito pesado para mim	0	1	2	3	4	5	6
9. O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore	0	1	2	3	4	5	6
10. O meu trabalho pode afectar as minhas costas	0	1	2	3	4	5	6
11. Actualmente, com esta dor, eu não deveria fazer o meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
12. Eu não consigo fazer o meu trabalho com a dor que tenho actualmente	0	1	2	3	4	5	6
13. Eu não posso continuar o meu trabalho normal enquanto a minha dor não for tratada	0	1	2	3	4	5	6
14. Eu penso que não poderei voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
14a. Eu não acredito que vou voltar ao meu trabalho normal nos próximos 3 meses	0	1	2	3	4	5	6
15. Eu penso que nunca poderei voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6
15a. Eu não penso que seja alguma vez capaz de voltar ao meu trabalho normal	0	1	2	3	4	5	6